FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Joseph FISCH

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES KYSTES LUTEINIQUES ASSOCIÉS A LA MOLE HYDATIFORME

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA (A.)
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	M. LABBÉ
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	A. BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologique	P. SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AUX MIENS ET A MES PARENTS

A MON REGRETTÉ FILS

À MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale

Hommage de toute notre reconnaissance pour nous avoir donné le sujet de cette thèse et nous faire le grand honneur de la présider.

A Monsieur PINARD

Professeur honoraire de Clinique obstétricale
Membre de l'Académie de Médecine

En témoignage de notre respectueux attachement pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée quand nous étions attaché à son service.

A Monsieur POTOCKI

Professeur agrégé, Accoucheur à la Maternité

Qui nous a toujours traité plutôt comme un fils que comme un élève : nous sommes heureux de lui renouveler ici l'assurance de notre profonde affection et de notre entier dévouement.

A Monsieur PRENANT

Professeur d'Histologie
Membre de l'Académie de Médecine

A Monsieur BRANCA

Professeur agrégé, chef des Travaux pratiques d'Histologie

En remerciement de leur accueil toujours si bienveillant dans leurs laboratoires.

A Monsieur RETTERER

Professeur agrégé d'Histologie

En sincère remerciement de la confiance et de la bienveillante affection qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

A Monsieur LELIÈVRE

Chef de Laboratoire à Baudelocque. Préparateur d'Histologie à la Faculté

Avec lequel nous avons a passé de si longues années d'études et auquel nous devons d'avoir pu mener à bien ce travail. Toute ma reconnaissance et ma sincère amitié.

A Monsieur LEVANT

Accoucheur des Hôpitaux

Nos sincères remerciements pour les sympathies qu'il nous a témoignées.

INTRODUCTION

La coexistence des kystes de l'ovaire avec l'évolution d'une môle hydatiforme est connue depuis de longues années. Mais ce n'est que depuis une date relativement récente qu'on a cherché à y voir plus qu'une coïncidence, et à établir des relations de cause à effet entre ces deux processus pathologiques : lésion de l'œuf, d'une part, altération kystique des ovaires, d'autre part. Plusieurs points prêtent à discussion dans cette étude et dans l'état actuel de nos connaissances sur ce sujet, il est impossible de résoudre d'une façon définitive quelques-uns des problèmes ainsi posés;

Par contre, certaines questions paraissent plus nettement éclaircies, et ce sont ces dernières que nous avons particulièrement en vue dans cette étude.

C'est ainsi que nous essaierons, en nous appuyant sur les observations publiées et sur les constatations que nous avons pu faire nous-même d'étudier :

I. — La fréquence de l'association des ovaires kystiques avec les altérations de l'œuf.

II. — L'anatomie macroscopique et microscopique de ces formations kystiques ovariennes.

III. — L'évolution de ces formations kystiques.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

DES

KYSTES LUTEINIQUES

ASSOCIÉS

A LA MOLE HYDATIFORME

I. — FRÉQUENCE

La coexistence si fréquente des lésions de l'œuf (môle hydatiforme et chorio-épithéliome) et de l'ovaire (ovaire kystique) a beaucoup frappé les observateurs et certains tendent à considérer qu'il y a un rapport direct entre le kyste ovarique et la lésion choriale (Blacker, Santi, Forgue et Massabuau, etc.

Sans vouloir chercher la priorité des lésions ovariennes ou de celles de l'œuf nous nous demandons seulement si le rapprochement entre les deux altérations est justifié, et s'il l'est, jusqu'à quel point.

Runge sur 144 cas de tumeurs syncytiales relevées dans la littérature trouve : 18 cas dans lesquels manquent tous renseignements sur l'état des ovaires, 63 où l'état des ovaires est spécifié, parmi lesquels :

11 cas où les ovaires furent reconnus normaux par le toucher ;

28 cas où les ovaires furent reconnus normaux lors d'une intervention ou à l'autopsie ;

24 cas où les ovaires étaient altérées plus ou moins kystiques.

Sur 28 observations de môle il note que : dans 16 cas il n'y avait aucun renseignement sur les ovaires, dans 12 cas ils étaient kystiques.

Patellani (Rosa 1904) relève la fréquence des lésions ovariennes et trouve : 66 cas d'altérations ovariennes dans la môle et la maladie de Sanger. Parmi ces cas on distingue :

37 cas associés à la môle vésiculaire, 12 cas associés à la môle et au chorio-épithéliome, 7 cas associés au chorio-épithéliome consécutif à l'avortement, 8 cas associés au chorio-épithéliome consécutif à l'accouchement à terme et 2 cas sans précision. La lésion est bilatérale dans 49 cas sur 55 (en éliminant les cas douteux) ce qui donne un pourcentage de 89 o/o.

Un an plus tard Serafino Patellani arrive à réunir, en consultant toute la littérature médicale, 84 cas de dégénérescence des ovaires, dont 44 cas avec môle, 18 cas avec chorio-épithéliome consécutif à une môle, 22 cas avec chorio-épithéliome après accouchement à terme ou prématuré.

Pollosson et Violet trouvent 20 cas de dégénérescence ovarique sur 238 cas de chorio-épithéliome dont 113 cas précédé de môle. Dans tous les cas de dégénérescence ovarique la môle avait précédé le chorio-épithéliome.

Les recherches de ces auteurs décèlent une haute fréquence étiologique entre la môle et les kystes ovariques ; mais les observations cliniques suivies d'un gynécologue la montrent aussi nettement que les recherches bibliographiques. Si en effet nous consultons Krœmer nous voyons que sur 15 observations personnelles de môle, il trouve sept fois des tumeurs ovariennes reconnues au toucher et trois fois au cours de l'opération.

Dans ces dix observations, la tumeur était unilatérale dans trois cas, bilatérale dans les sept autres cas.

Deux ans auparavant, Risel présentant deux cas de dégénérescence ovarienne accompagnant des avortements molaires déclarait que dans dix autres cas de chorio-épithéliome, il avait pu constater la présence de kystes lutéiniques.

Devant de tels chiffres, on est en droit de se demander s'il n'y a pas dans cette association plus qu'une simple coïncidence.

Le rapprochement entre les deux lésions est-il justifié ? Est-ce que dans tous les cas la lésion de l'œuf est accompagnée d'ovaires kystiques ? Est-il possible d'établir dans quelle proportion cette dégénérescence kystique survient après l'altération de l'œuf ? A ces questions on ne peut faire qu'une réponse dubitative.

La coexistence de l'ovaire macroscopiquement kystique n'est pas constante : le fait est patent, il suffit de se reporter à la statistique de Runge (sur

63 cas de tumeurs syncitiales, dans 24 seulement il y avait de plus une altération ovarienne).

Il serait facile pour répondre à la deuxième question d'établir la proportion des ovaires reconnus macroscopiquement kystiques ; mais ce ne serait pas une réponse décisive. Cette dernière ne reste possible que si l'on s'entend tout d'abord sur le degré de l'altération ovarienne.

C'est que,en effet, à côté des ovaires à gros kystes, par suite volumineux, qui forcément attirent l'attention du chirurgien, il faut tenir compte des lésions ovariques moyennes où l'ovaire est peu augmenté de volume. Il faudrait même, sans doute faire entrer en ligne de compte tous les ovaires recueillis dans les cas de môle et de syncytiome et dans lesquels la présence d'un kyste aurait été constatée soit macroscopiquement, soit par un examen histologique.

D'une part, en effet, les auteurs qui ont le mieux étudié la dégénérescence kystique ovarienne ont tous signalé que, même dans des ovaires qui étaient macroscopiquement quasi-normaux, qui ne présentaient pas le volumineux kyste habituel il n'en existait pas moins des lésions légères, minimes, de même nature que les premières : constituant la dégénérescence miscrokystique signalée par Stoectrel, Curtis et Oui, Grugel et Bender, Sfameni (1901).

D'autre part, à côté des lésions évidentes de l'ovaire mégalo-kystique, de celles plus difficiles à reconnaître de l'ovaire micropolykystique, il existe-

rait des lésions ; toutes aussi nettes que les premières, qui ne sont révélées que par l'examen microscopique.

Le caractère microscopique général des ovaires molaires serait de l'avis des auteurs, une hyperproduction des cellules lutéiniques de la thèque interne. On comprend facilement que cette hypergenèse quand elle n'aboutit pas à la formation de grandes cavités kystiques, ou de petits kystes, ne puisse être révélée que par l'étude histologique.

Enfin, il ressort des recherches d'une pléiade d'observateurs (Wallart, Seitz (1905) Cohn, Forgue et Massabuau entre autres) que cette modification lutéinique se rencontrerait dans des états variés, physiologiques et pathologiques, au cours de la gestation ou en dehors de la gestation. D'après ces auteurs ce ne seraient pas des affections spécifiques. Cette opinion est, partagée par Jaffé, Jerie (1911). Ces trois faits, la constation à côté d'ovaires offrant un énorme développement kystique, d'ovaires microkystiques lutéiniques, d'ovaires ne présentant de lésions reconnaissables qu'à l'examen microscopique, la généralisation du processus d'hypergénèse lutéinique(qui est le substratum anatomique de la dégénérescence-poly-kystique), ces faits suffisent à montrer la complexité du problème ; et pour dresser une statistique précise des altérations ovariennes en rapport avec la lésion de l'œuf ; il conviendrait tout d'abord de préciser à quel moment le processus physiologique devient pathologique. Quoiqu'il en soit, actuelle-

ment, pour les accoucheurs la démarcation se base, tant cliniquement qu'anatomiquement sur l'hypertrophie des ovaires constatée à l'œil nu sur l'ovaire mégalo-kystique. Ainsi, au lieu de chercher à établir un rapport numérique qui serait scientifiquement inexact, entre les lésions ovariennes et celles de l'œuf, nous bornerons-nous à tirer comme conclusions de la très haute fréquence de leur coexistence, ces conseils importants.

1° Avoir toujours l'attention attirée sur l'association des deux lésions toutes les fois qu'on a diagnostiqué une môle, examiner de façon systématique, l'état des ovaires. Cet examen doit se faire, non seulement pendant la gestation, mais encore après car l'évolution de ces tumeurs s'accomplit souvent après le *post-partum*. Cette recherche systématique de l'état des ovaires est d'autant plus importante, qu'en cas de diagnostic de môle douteux, la présence de masses ovariennes hypertrophiées permet de préciser le diagnostic.

2° Suivre l'avis de Salomon Wiener, c'est-à-dire ne pas négliger après l'opération, si elle est motivée, de faire un examen microscopique des ovaires, qu'ils soient augmentés de volume ou non.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Considérations générales

De la lecture des observations publiées, des travaux des anatomo-pathologistes, ressortent les faits suivants : la tumeur ovarienne est : kystique, multiloculaire, bilatérale:

a) *Kystique*, de grosseur variable, allant d'une légère hypertrophie au volume d'une tête d'adulte (Stoeckel) ou d'une tête d'enfant (Kroemer, Runge) avec tous les intermédiaires.

b) *multi-loculaire*, dans la grande majorité des cas. L'existence de kystes uniloculaires est, en effet, exceptionnelle.

c) *Bilatérale* dans la plus grande majorité des cas aussi. Il existe néanmoins des kystes unilatéraux. Dans quelques observations est signalée l'absence de l'ovaire d'un côté (Apfelstedt, Hammerschlag, Smidt).

Dans certaines observations où on ne signale qu'une altération unilatérale, l'ovaire du côté opposé fut considéré comme intact d'après le seul examen macroscopique (Barnes, Kast). On peut citer comme

cas d'altération unilatérale l'observation de Essen-Moller.

Enfin l'altération est souvent unilatérale dans les cas de môle ou de chorio-épithéliome tubaire.

Le plus souvent il y a une forte disproportion de volume entre les deux tumeurs kystiques (Fischer, Fuchs, Czybarra).

Peut-être les lésions seraient-elles plus accentuées dans un ovaire, de préférence du côté gauche. Parmi les cas relatés par Kroemer on voit que l'altération unilatérale porte presque toujours sur le côté gauche (3 cas sur 10).

II. — Evolution pendant la gestation ou le « post-partum »

L'évolution de la dégénérescence kystique s'accomplit pendant la gestation et le *post-partum* ; sur ce point encore nous manquons en général de renseignements précis car nous ne pouvons connaître l'évolution de la tumeur qu'à partir du moment, non de son apparition, mais de la constatation clinique. Or le moment de l'apparition clinique de la tumeur est de plus variables.

a) *Pendant la gestation.* — Dans un bon nombre de cas l'existence des tumeurs ovariennes a été reconnue pendant la gestation. Cas de Malcolm, Kreutzmann, Commandeur, Scharlieb, Andrews, Blacker, Stoeckel. Dans quelques observations le

diagnostic reste imprécis, les tumeurs sont perçues indistinctement et semblent faire corps avec l'utérus (Potocki et Levant, Scharlieb). Dans d'autres cas le volume des tumeurs atteint de telles proportions qu'elles apportent obstacle à l'expulsion de la môle (Stoeckel, 1900). Bien plus souvent les tumeurs ovariennes restent inaperçues par suite de leurs dimensions restreintes et de la difficulté apportée à l'examen par la présence de l'utérus exagérément hypertrophié, mais aussitôt après l'expulsion naturelle ou provoquée de la môle, ces tumeurs sont facilement perceptibles et le deviennent d'autant plus que l'involution utérine s'accentue. C'est à ce moment, immédiatement après et dans les premiers jours qui suivent l'élimination de la môle, que la très grande majorité des tumeurs ovariennes sont diagnostiquées.

Dans tous ces cas, il est hors de doute que l'évolution des tumeurs s'est accomplie pendant la gestation. Leur reconnaissance plus ou moins tardive dépend de leur volume, de la minutie de l'examen, de la gêne apportée par le corps utérin au toucher.

b) *Pendant le post-partum.* — Parfois c'est seulement dans le *post-partum* que la tumeur est dépistée, soit dans les premières semaines ; soit même quelques mois après l'évacuation de l'utérus, à l'occasion d'un examen tardif (Pouget, 25 jours après l'avortement molaire), ou d'un examen motivé par l'accroissement de volume et par la gêne

fonctionnelle qu'il entraîne ou encore à cause d'une torsion du pédicule.

La constatation des tumeurs est quelquefois plus tardive encore. Gilles et Grimaud un mois, Feichs deux mois, Czybarra cinq semaines après l'extraction de la môle trouve deux grosses tumeurs dont l'une grosse comme une tête d'homme alors que après l'extraction de la môle, il n'existait aucune tumeur para-utérine. Couvelaire-Le Masson un mois et demi après évacuation de la môle. Bar ovaires perceptibles trois mois après évacuation. Enfin l'observation de Lockyer-Clogg montre que, un mois après un avortement molaire, des tumeurs ovariennes peuvent se développer en association avec un chorio-épithéliome en évolution.

Les deux tumeurs ovariennes peuvent ne pas évoluer en même temps avec la même rapidité. Dans une observation d'Andrews, l'ovaire droit est perceptible lors de l'extraction de la môle et c'est seulement deux mois après que l'ovaire gauche est reconnu hypertrophié. Dans le cas 12 de Essen-Mœller, l'ovaire gauche est reconnu kystique et du volume du poing après l'expulsion de la môle : l'ovaire droit n'est perceptible que quinze jours plus tard et il atteint le volume de deux poings. Même retard dans le développement des deux tumeurs dans le cas de Eden (1914).

L'accroissement des tumeurs bien que se produisant dans le *post-partum*, peut devenir exagéré dans certains cas. C'est ainsi que dans le cas 6 de Kroe-

mer, les tumeurs du volume d'un œuf de poule et d'une tête d'enfant, prirent un tel accroissement, après l'expulsion de la môle qu'elles doublèrent et triplèrent leur volume en six mois. L'observation de Czybara montre un développement rapide et exagéré alors qu'il n'y avait aucune tumeur péri-utérine perceptible lors de l'extraction de la môle (quatorze semaines et demi après, deux tumeurs étaient reconnues dont le volume atteignait les dimensions d'une orange et d'une tête d'homme).

Il est très probable que ces tumeurs, bien que constatées après l'expulsion de la môle, existaient pendant la gestation, mais que leur volume réduit, et l'absence d'incidents les faisaient méconnaître. Et cependant il est indéniable que dans quelques cas leur évolution principale eut lieu dans le *post-partum*. Ajoutons que dans ces cas, il y a souvent co-existence de polypes placentaires en dégénérescence molaire ou syncitiale. L'exemple le plus typique nous en est fourni par l'observation de Lockyer et de Clogg.

Régression des tumeurs. — Chez quelques femmes atteintes de kystes ovariques et de môles, on a vu, après l'expulsion de l'œuf, les lésions ovariques diminuer, puis disparaître : mais les cas d'involution non constatés cliniquement doivent être bien plus fréquents.

1° L'involution des tumeurs kystiques passe habituellement inaperçue ; ce fait est facile à comprendre : La dégénérescence ovarique macro-kystique est fré-

quemment associée à l'altération de l'œuf, nous l'avons vu : mais pour les autres cas, bien plus nombreux, où la tumeur n'est pas perceptible par le toucher, il est permis de supposer que la régression de la tuméfaction ovarienne se produit, et par suite qu'elle est fréquente.

Des observations cliniques à longue échéance appuient cette manière de voir : L. Froenkel, un des premiers auteurs qui se sont occupés de la régression de ces tumeurs ovariennes, rapporte que, d'après ses examens, il n'a jamais trouvé d'augmentation de volume des ovaires un an après l'expulsion d'une môle.

2° Quelques observations précieuses, mais trop rares et trop succinctes par certains, nous permettront de suivre cette involution.

La lésion kystique
Substratum anatomique

I. Volume. — Il varie du volume d'un noyau de cerise à celui d'une petite pomme avec tous les intermédiaires.

Il y a de très gros kystes (cas de Goebel), de moyens (œuf de pigeon), de petits (taille d'un pois, d'une tête d'épingle, ou même d'un grain de sable).

Il y en a enfin qui ne sont pas révélés par l'inspection oculaire, et ne sont reconnus que sur la platine du microscope.

Nombre. — Les kystes sont généralement multiples : Tantôt il y a un seul gros kyste (Goebel), ou de multiples petits kystes dans sa paroi ; tantôt tous les kystes sont de dimensions moyennes et égaux. Il y a sous ce rapport une variété infinie ; le nombre des kystes discernables à l'œil nu peut atteindre 22 (Blacher), 20 (Secte) dont 5 du volume d'une noix.

Cette énumération, pour être précise, ne devrait pas se faire sur des tranches de section, il faudrait décortiquer la tumeur, cliver les kystes, les isoler, encore n'arriverait-on pas toujours à énumérer les multiples cavités kystiques, incluses dans les cloisons de séparation des kystes les plus volumineux.

Disposition. — Elle est très variable ; toutefois il semble que dans les tumeurs ovariennes, non exagérément développée où il n'y a plus de disposition nette, les kystes les plus volumineux soient périphériques ; les plus petits siègent au centre dans la substance médullaire (Poten et Wassmer) et dans les bandes conjonctives qui séparent les gros kystes.

Forme. — Sphériques, ovoïdes ou légèrement aplatis ; il peut arriver que dans des kystes en collapsus, les deux parois opposées soient presque accolées et que des kystes petits ou moyens, inclus dans la paroi, fassent saillie dans la cavité d'un autre kyste où la pression intérieure est moindre.

II. Contenu. — C'est un liquide, parfois très clair comme l'eau, donnant la translucidité au kyste qui le contient. Plus rarement teinté, la coloration allant du gris perle au brun foncé, assez souvent couleur

chocolat, mais dans la majorité des cas, la couleur est jaunâtre.

Fréquemment des extravasats sanguins — anciens ou récents — (surtout dans les kystes d'ovaires à pédicule tordu) modifient la coloration initiale du contenu.

Consistance. — Allant de la fluidité de l'eau à la viscosité d'une gomme épaisse ou d'un mastic.

Examen microscopique. — Au microscope le contenu du kyste apparaît comme une matière homogène, quelquefois finement granuleuse, renfermant des cellules épithéliales ou même épithélioïdes gonflées des noyaux en dégénérescence, hématies, leucocytes. On peut aussi y retrouver des cellules de la granulose particulièrement dans les petites cavités kystiques.

Membranule. — Plusieurs auteurs signalent l'existence, dans la cavité kystique, d'une membrane, ou mieux d'une membranule, tantôt lisse, tantôt plissée, libre, flottant dans le liquide kystique. Elle n'existe pas dans tous les kystes ; sa coloration va du jaune au brun foncé. Elle proviendrait de la paroi dont elle se séparerait facilement (Pick).

III. Surface interne. — Etudiée en 1903 par Runge, elle est caractérisée par sa *coloration* qui varierait d'après les observations des auteurs : généralement elle est jaunâtre ; plus rarement gris uniforme (Pick) ou gris foncé (Coous), ou sans coloration caractéristique (Wiesser).

Son *épaisseur* variable, peut atteindre 1/4 de millimètre (Seitz).

Ses festons. — La surface interne des cavités kystiques est fort souvent plissée, festonnée ; dans d'autres cas, elle est lisse, régulière ; on peut même se demander si les festons de cette surface ne sont pas artificiels.

Clivage. — Certains auteurs signalent ces trois caractères : coloration jaunâtre, festons et clivage de la surface interne comme un bon signe de diagnostic ; mais nous tenons à faire remarquer qu'ils sont des plus inconstants. D'une part la membranule qui tapisse intérieurement les kystes, n'existe pas dans tous les kystes ; souvent elle n'existe que par place (généralement dans la partie centrale de la périphérie, d'après Seitz). D'autre part les hémorragies qui surviennent fréquemment dans les cavités masquent ou détruisent la couche lutéinique qui revêt les kystes. Quant au plissement de la couche interne, outre qu'il est inconstant, il n'est pas prouvé qu'il ne relève point d'un artefact, il peut être attribué au plissement de la membrane interne lors de l'éva cuation du kyste par suite de la section macroscopique ou du durcissement et de la rétraction. Ce serait, nous le croyons, un phénomène secondaire.

La paroi kystique

Epaisseur. — La paroi des kystes est très mince en général : les auteurs lui accordent une épaisseur

allant de 1 millimètre à 3 millimètres au plus. Elle est dans certains cas d'une telle minceur que les manœuvres du toucher, ou du toucher et palper combinés, sont suffisantes pour la déchirer. C'est ainsi que le professeur Bar, pratiquant le toucher trois mois après l'évacuation d'une môle, perçut nettement la rupture d'un petit kyste. Au cours de l'ovariotomie il n'est pas rare de voir ces kystes s'amincir.

Aspect macroscopique. — L'examen à l'œil nu permet souvent de constater que la paroi du kyste comprend deux couches. En dedans du côté de la cavité kystique une membrane jaune brunâtre facilement détachable, à contour plus ou moins festonné que nous avons signalée plus haut. Extérieurement cette membranule est doublée par un tissu blanchâtre ou rosé (suivant la réplétion des capillaires) d'apparence fibreuse, interposé entre les cavités kystiques et dont l'épaisseur varie d'un point à l'autre.

Au sein du tissu fibreux, gangue des kystes, quelques observateurs ont distingué à l'œil nu des îlots de coloration jaunâtre (Birbaum) en miniature, et dont le nombre varie suivant les kystes.

Ces nodules seraient plus friables que le reste du stroma dans lequel ils sont enfouis.

Structure microscopique. — La paroi comprend trois couches :

A) C. Cellulaire interne ;

B) C. Conjonctive lâche ;

C) C. Conjonctive dense, fibreuse.

A) *Couche interne.* — La couche utérine, de coloration jaunâtre ou jaune brunâtre sur l'organe frais facilement détachable du plan conjonctif est d'épaisseur variable. Là elle est très développée ; ici, par contre, réduite ; elle peut présenter des plicatures. Elle ne forme pas toujours un revêtement continu au kyste, elle peut faire défaut en quelques points, particulièrement aux pôles des kystes, et être épaissie aux extrémités des cavités. La délimitation entre les deux segments, épais et minces, se fait de façon insensible (Wallart).

Dans certains kystes elle manque totalement. Cette couche est, d'une façon générale, limitée d'une façon imprécise du côté du stroma ovarien. Les éléments constituants de cette couche, semblent en quelque sorte, d'après les descriptions de nombre d'auteurs, s'infiltrer, dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Etudiée à un plus fort grossissement, cette couche est composée d'éléments à type épithélioïde appelées encore *cellules à lutéine* (thecaluteinzellen). Elles offrent, en effet, une grande ressemblance avec les cellules du corpus lutea vera. Fuchs est le seul auteur qui n'ait pas rencontré de cellules lutéiniques dans les ovaires en dégénérescence kystique. Ces ovaires qui macroscopiquement auraient l'aspect caractéristique de la dégénérescence polykystique ne renferment, d'après lui, que des kystes atypiques sans trace de revêtement lutéinique : leur surface interne était tapissée par un épithélium cubique.

Toutefois nous croyons sage, à l'exemple de Wal-

lart, de mettre entre guillemets leur appellation qui ne doit simplement rappeler qu'une grande similitude morphologique, et non pas signifier une identité morphologique et fonctionnelle.

Encore nous les appelons théco-lutéiniques, appellation qui rappelle leur origine thécale, et leur analogie avec les cellules lutéiniques..., mieux encore, cellules interstitielles puisque les éléments dont elles dérivent constituent la glande interstitielle ovarique de la femme.

Les cellules théco-lutéiniques. — L'aspect de ces éléments épithéliaux varie considérablement suivant les kystes examinés et même selon les points choisis dans un même kyste. Nous emprunterons à Wallart (Travail de 1905) sa description de ces cellules : « Souvent elles ressemblent à des cellules de la granulose : elles sont arrondies, polygonales, le cytoplasme est clair, les noyaux arrondis, bien colorés. Quelquefois, et le plus souvent, au niveau de la couche la plus superficielle du revêtement kystique, les noyaux sont plongés dans une substance homogène, sans structure, qui ne laisse distinguer le cytoplasma des cellules que de place en place. En d'autres endroits, les cellules ont le type épithélioïde : elles mesurent de 18 à 20, 25 et même 35 μ. Les noyaux sont ronds ou ovales. Quelquefois ils sont très clairs, à contour net bien coloré. Presque toujours on distingue 1, quelquefois 2 nucléoles, surtout dans les noyaux clairs. Le diamètre des noyaux varie de 9 à 13 μ ; rarement il atteint 20 à 22 μ.

« Le cytoplasme est clair ou foncé ; sa structure est également variable ; homogène, granuleux, réticulé. Fort souvent, le cytoplasma granuleux est condensé au voisinage du noyau ; la phériphérie de la cellule est claire, presque sans structure. »

A part quelques variantes portant sur la colorabilité du noyau, on retrouve à peu près la même description dans tous les auteurs.

Ces éléments, arrondis ou polyédriques, serrés les uns contre les autres, sont disposés, soit en un revêtement stratifié, soit sur une seule assise; parfois cette assise est constituée d'éléments aplatis, déformés par la pression intra-kystique, simulant un endothélium. Plus on approche de la cavité, plus les cellules perdent la régularité de leur forme.

Quand le revêtement est pluristratifié, les éléments les plus intenses subissent généralement des altérations, toutes celles que nous avons rappelées plus haut, en citant Wallart.

Les altérations peuvent être si profondes que les cellules devenues lamellaires sont difficiles à identifier. Nombres d'auteurs insistent sur ces modifications des assises superficielles (Jaffé).

Le revêtement lutéinique est plus ou moins nettement délimité vers sa surface externe du côté du tissu conjonctif et du stroma ovarien. Pour Wiegandt, la délimitation des deux couches est indistincte.

Hysto-chimie. — Grouszdew (1903) décèle dans les cellules lutéiniques de la couche moyenne d'un

kyste de gros grains de pigment, que leur réaction avec le sulfhydrate d'ammoniaque lui permet d'identifier à ceux des cellules lutéiniques. Parfois il y a des couches de dégénérescence hyaline dans la couche lutéinique (Jaffé).

Souvent la couche interne se détache des assises profondes et flotte dans le liquide kystique, détachement spontané ou provoqué par l'action des fixateurs et des alcools.

En plus d'une certaine ressemblance morphologique avec les cellules lutéiniques du corpus lutea, les cellules épithélïodes du revêtement kystique possèdent, comme les cellules du corps jaune, des enclaves cellulaires. La fixation par l'acide osmique imprègne, dans leur cytoplasma, des granules qui apparaissent en noir sur les préparations. Enfin presque tous les auteurs signalent la présence d'enclaves colorées et qu'ils assimilent à la lutéine.

Evolution. — Loons aurait vu dans des cellules épithéloïdes du revêtement kystique, des mitoses, en petit nombre, il est vrai. Pinto, par contre, n'a jamais vu de karyokinèses, mais assez souvent des noyaux de forme irrégulière, allongés, étirés, étranglés, plus colorés que normalement, mais il interprète ces modifications nucléaires comme des phénomènes dégénératifs, d'autant plus qu'il observe des altérations cytoplasmiques accompagnant les modifications nucléaires.

Bamberg (1904) observe des karyokinèses fréquentes dans les cellules lutéiniques.

Andrews Russels (1909) dans sa première observation note que le liquide d'un kyste ovarien lutéinique donne les bandes spectroscopiques du pigment lutéinique (Dr Flach et Max Well).

Les modifications des couches superficielles lutéiniques, les phénomènes de dégénérescence qu'on peut y observer, conduisent à penser que, petit à petit, les éléments cellulaires entrent en dégénérescence. Les cellules lutéiniques, se désagrégeant, tombent dans le liquide du kyste où on retrouve leur cytoplasma gonflé (Wallart) et la couche épithéliale est alors remplacée par le tissu conjonctif qui le supportait.

Dans leur étude très complète de l'ovaire sclérokystique MM. Forgue et Massabuau ont vu des phénomènes identiques de dégénérescence. Ils font remarquer que les cellules lutéiniques perdent rapidement les caractères de l'activité cellulaire, dans les follicules un peu anciens, et ce serait la raison pour laquelle on trouverait fréquemment des kystes lutéiniques, dont les cellules sont devenues vésiculeuses et ne renferment plus d'enclaves lipoïdes, éléments caractéristiques de la ponction glandulaire des cellules de la thique.

A côté de ces kystes à revêtement lutéinique, épais ou mince, stratifié ou simple, complet ou partiel, on peut observer dans les kystes des détails de structure qui intriguèrent fort les premiers observateurs, et

dont ils ne purent trouver une explication raisonnable faute de connaître à l'époque de leurs travaux l'histophysiologie de l'ovaire.

Restes épithéliaux. — Dans les cavités kystiques quelques auteurs ont trouvé des restes épithéliaux à la face interne de la couche lutéinique proprement dite.

Runge constate l'existence de cellules épithéliales en dedans des cellules à lutéine. Dans deux kystes Stœchel trouve, à côté des kystes lutéiniques purs, des cavités dont le revêtement lutéinique est doublé intérieurement par des cellules de type nettement épithélial. Kruchenberg retrouve ces mêmes éléments épithéliaux, il décrit dans un kyste gros comme un noyau de cerise deux couches cellulaires, une externe constituée de cellules à lutéine, une interne formée de cellules épithéliales, qui, d'après lui ne peuvent être que des éléments de la granulose.

Puis c'est Blacker qui signale dans deux petits kystes une couche intérieure à la paroi lutéinique de plusieurs rangées de cellules arrondies ; enfin citons Fraenkel, Cohn, Seitz, Pfanenstiel, Hammerschlaz, Jerie (1911).

L'aspect de ces cellules épithéliales superposées à la couche théco-lutéinique est variable d'après les auteurs; tantôt elles sont cylindriques et ciliées (Fraenkel), tantôt les éléments en sont arrondis (Blacker) ; plus souvent encore leur dégénérescence avancée les rend méconnaissables.

Tous les auteurs qui ont observé ces restes cellu-

laires superposés à la couche lutéinique n'hésitent pas sur sa nature ; il s'agit d'éléments épithéliaux, mais où les opinions divergent, c'est sur l'explication de sa provenance. S'agit-il d'éléments pré-existants à la formation du kyste, en d'autres termes, de cellules de la granulose, comme le prétendent les partisans de l'origine atrésique des kystes. S'agit-il au contraire d'éléments provenant de l'épithélium germinatif proliféré dans la cavité kystique comme le soutiennent les auteurs qui se rallient à l'origine du corps jaune ?

Actuellement, la question semble jugée ; ces éléments dérivent de la granulose et point n'est besoin de faire intervenir une prolifération de l'épithélium de surface dans les cavités kystiques.

B) **Membrane limitante interne hyaline.** — Il n'est pas sans intérêt de rappeler, pour comprendre et prendre parti entre les deux théories soutenues au sujet de l'origine des kystes lutéiniques, que dans nombre de cas, les auteurs ont signalé l'existence d'une membrane limitante. Stoechel décrit dans les kystes lutéiniques, limitant la cavité et surmontant le revêtement lutéinique, une fine membrane formée de fibrilles ténues émanées du tissu conjonctif, de sang et de fibrine.

Runge retrouve cette membranule, la représente comme fibrineuse, et contenant des inclusions d'origines variées, comme des fibrines conjonctives. Bien souvent, elle revêt, d'après lui, un aspect homogène.

Bien d'autres auteurs la signalent, Hoertz, Jaffé, Seitz.

Cette membrane limitante siège entre la couche lutéinique et les débris de la granulose, quand il persiste des cellules folliculeuses, sinon elle coiffe les cellules lutéiniques et borde directement le contenu kystique.

Sa constitution semble variable ; souvent elle est de structure homogène, amorphe : d'autres fois, elle présente dans son existence, des débris de noyaux, des cellules de la thique (Seitz), des fibrilles conjonctives (Stoechel, Runge, Wiegandt).

Quant à sa nature, à sa provenance, on reste dans l'incertitude. Pour Seitz, c'est un produit de dégénérescence des cellules lutéiniques ; il base son opinion sur la provenance de noyaux de cellules de la thique dans son épaisseur. D'après d'autres auteurs, elle proviendrait des fibres du tissu conjonctif qui serpentent entre les travées de cellules lutéiniques et qui subiraient la transformation hyaline.

Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps sur cette membrane limitante hyaline qui n'est pas une formation spéciale aux kystes lutéiniques molaires. Le travail de Simon sur l'atrésie des follicules de la lapine a bien montré qu'elle est surtout caractéristique de l'atrésie folliculaire.

B) **Couche conjonctive lâche.** — Le revêtement « lutéinique » repose, sans limite nette d'après quelques auteurs, sur un tissu conjonctif plus ou moins lâche, très souvent œdématié. Ce tissu con-

jonctif est représenté par des faisceaux collogènes entrecroisés avec éléments fixes interposés. Cette couche est caractérisée par la majorité des auteurs, par quatre faits essentiels :

1° L'émanation de fines fibrilles, à disposition radiaire qui pénètrent dans le revêtement du kyste, traversent les couches profondes de ce revêtement (quant il est stratifié) et vont aboutir à la couche la plus interne. Ces fibrilles forment un feutrage qui est, pour ainsi dire le soutien de la couche épithéleïoide (Wallart) ;

2° Sa vascularisation intense. Sur les préparations, ce tissu montre de nombreuses sections de capillaires tous gorges de sang, congestion allant dans certains cas jusqu'à l'infiltration hémorragique de presque toute la paroi du kyste. Cette riche vascularisation explique les hémorragies intrakystiques et la production des kystes hématiques et Blacker (1907) dénomme judicieusement cette couche tunique vasculaire ;

3° Par la présence fréquente d'hématies libres dans le stroma et de cellules conjonctives chargées de pigment. Ce dernier fait et l'observation de Wallart montrent qu'il ne faut pas attribuer à la stase sanguine produite par les ligatures de l'opération, la suffusion sanguine, puisque le pigment brun des cellules conjonctives montre qu'il y a eu résorption du sang ;

4° Essaimage des cellules « lutéiniques ». Presque tous les auteurs qui ont fait l'étude histologique de

la paroi kystique, notent la présence dans le tissu conjonctif environnant de cordons, d'amas cellulaires lutéiniques ou encore de cellules lutéiniques isolées ; ces amas sont quelquefois assez importants pour devenir visibles à l'œil nu ; ils représentent comme des granules jaunâtres que Birnbaum appelait corps jaunes en miniature. Les exceptions sont rares : citons Viana (1911), qui n'a jamais vu de cellules isolées en amas dans le stroma voisin des kystes. Blacker (1909) n'a rencontré que des amas, jamais de cellules isolées. Dans un cas antérieur (1907), le même auteur ne distinguait qu'une diffusion très limitée. Jaffé à l'examen de deux ovaires trouve sur l'un une limite toujours nette entre la couche lutéinique et le stroma, sans diffusion de cellules lutéiniques, mais sur l'autre ovaire il signale un essaimage des cellules lutéiniques sous forme de travées compactes ou tronçonnées à la façon des grains d'un chapelet.

Quoi qu'il en soit les cellules lutéiniques du stroma sont généralement disposées en travées ou cordons (Fischer), en relation on non avec la paroi kystique, ou isolées, ou enfin agglomérées en nodules plus ou moins importants.

Autour de ces éléments, qu'ils soient isolés ou agglomérés, les fibres conjonctifs forment une coque plus ou moins nette (Cestan, Jaffé, Kuban) et les éléments lutéiniques ainsi enchâtonnés dans le conjonctif ressemblent à un carcinome (Wiener), à tel point que Shaller et Pforringer frappés de cette pro-

lifération exubérante, des cellules lutéiniques crurent à une dégénérescence carcinomateuse du corps jaune (ces auteurs admettaient l'origine du corps jaune aux dépens des éléments lutéiniques).

Ce que devient l'ovaire. — On trouve dans toutes les observations toujours la même description des ovaires kystiques.

Ce sont des tumeurs : ovalaires, allongées, mobiles, la surface le plus souvent irrégulière, bosselée, parfois leur surface est lisse.

Macroscopiquement. — Sur les tranches de section on aperçoit un nombre variable de kystes 16-20 ou plus 25-30 de taille variable remplis d'une gelée teintée. L'enveloppe des kystes est parfois extrêmement mince, ce qui les rend quasi-transparents.

Y a-t-il des phénomènes inflammatoires concomitants ? Viana, 1911, note qu'il n'y a pas trace d'inflammation : seulement il existe çà et là, sur les ovaires kystiques qu'il examine des petits amas des cellules rondes. Kuban ne voit pas d'infiltration leucocytaire, non plus que Otto Engstrœm. Nous pouvons donc éliminer cette première question d'inflammation, qui ne serait somme toute, au cas où elle existerait, qu'un phénomène secondaire et accessoire.

Microscopiquement. — 1° *Epithélium de revêtement.* L'épithélium de revêtement manque totalement d'après Patellani, Wiegandt. D'après Wallart il manque en beaucoup d'endroits, mais se retrouve dans les dépressions de la surface. Sa disparition aux endroits de contact peut tenir aux manœuvres

opératoires et l'opinion de Patellani attribuant à cette disparition une valeur diagnostique semble fausse.

Ce revêtement est constitué par des cellules cubiques ou cylindriques à noyaux ronds ou ovales bien colorables ;

2° *L'Albuginée* n'offrirait rien de bien spécial. Signalons toutefois que quelques auteurs ont distingué, dans des parties d'ovaires restées indemnes, des plaques claires formées de cellules conjonctives à cytoplasma abondant, dont ils font des cellules déciduales. Nous savons d'ailleurs que cette rencontre d'éléments déciduaux est fréquente dans l'ovaire gravidique ;

3° D'une façon générale *le stroma ovarien* préservé présente la même constitution que pendant la gestation normale, mais l'œdème est très accentué de l'avis des auteurs qui tous ont noté l'aspect œdémateux ou gélatineux du stroma ovarien.

Follicules primordiaux. — Contrairement à l'opinion de Patellani les recherches ultérieures n'ont pas démontré une diminution considérable du nombre des follicules primordiaux, tout au moins dans les kystes de dimensions restreintes. D'après Wallart, ni leur aspect, ni leur nombre ne paraissent différer de celui d'un ovaire non gravide.

Follicules en voie de développement. — Ils sont tantôt nombreux (1er cas de Wallart), tantôt en très petit nombre (2e cas de Wallart, Jaffé, Kuban) ou même font complètement défaut, d'après Wiegandt, mais toujours d'après Wallart les éléments de la

thèque interne s'hypertrophient pendant que les noyaux deviennent vésiculeux.

C) **Couche conjonctive dense.** — La troisième couche extérieure forme l'enveloppe. Elle est constituée par des fibres de tissu conjonctif ; elle ressemble au point de vue de la structure à l'albuginée ovarienne avec laquelle d'ailleurs elle se continue. Elle est aussi, suivant les cas, plus ou moins œdématiée ou infiltrée de sang. Les auteurs insistent sur la fréquence des extravasats sanguins.

Les trois couches que nous avons décrites ne sont pas toujours nettement différenciées : fort souvent la paroi interne du kyste est très amincie, et on ne trouve plus qu'une couche épithéliale de 1 ou 2 rangs de cellules et une mince coque connective. Parfois même cette dernière persiste seule, la couche leutéinique ayant dégénéré totalement, on a affaire aux kystes alutéiniques.

La coexistence dans un même ovaire de ces deux espèces de kystes, lutéiniques et alutéiniques avait fort intrigué les auteurs. En somme, il n'y a pas entre eux de différence structurale essentielle, mais simplement une différence d'évolution.

Conclusions au sujet de la lésion kystique. — En résumé, les altérations ovariennes de la dégénérescence polykystique consistent essentiellement en une hypergenèse des cellules lutéiniques. Nous la trouvons selon les kystes examinés, plus ou moins exagérée, mais généralement sous ces deux modalités : intra-

cantaire ou parenchymateuse, la seconde dérivant vraisemblablement de la première.

Cette hyperproduction lutéinique est le substratum anatomique des ovaires polykystiques et cette exubérance cellulaire est à ce point caractéristique, qu'elle ne peut donner lieu à discussion.

L'observation de Schmol le prouve manifestement. Il trouve à l'examen d'une tumeur ovarienne les particularités correspondantes aux ovaires molaires. Il interroge le médecin de la famille qui répond qu'effectivement la malade, deux ans avant l'opération avait expulsé une môle vésiculaire.

Les caractères du revêtement kystique sont si typiques que Runge, ayant à examiner des tumeurs ovaro-kystiques enlevées par un chirurgien, fut conduit à rechercher les antécédents et découvrit que la malade avait expulsé, un certain nombre de mois auparavant, une môle hydatiforme.

Figures d'atrésie folliculaire. — Enfin, dans le parenchyme non altéré, on peut retrouver des figures d'atrésie folliculaire aboutissant à la production de membranes hyalines godronnées, parfois confondues avec des corps jaunes.

Corps jaune gestatif. — D'après les auteurs qui ont étudié le C. J. gravidique dans les ovaires de môle, il n'y avait pas trace d'altération (Stœckel, Bomberg, Jaffé).

Pinto note seulement que le C. J. qu'il a examiné est plus volumineux que ne le comportait son âge (trente-huitième jour).

Wallart a étudié un C. J. du volume d'une cerise. Son écorce mesure 2 à 3 millimètres d'épaisseur et est constitué par la trame conjonctive normale avec les vaisseaux et les cellules lutéiniques interposées. Leurs noyaux sont clairs, à nucléole net, le cytoplasma est granuleux avec des gouttelettes de lutéine. Sur les pièces fixées par l'acide osmique et débitées par congélation, le soudan colore d'autres granulations que celles déjà imprégnées en noir par l'osmium.

Quant au centre du C. J. il est occupé par un tissu réticulé, à cellules jeunes, fusiformes ou multipolaires.

Nous avons en somme, dans le C. J. de l'ovaire molaire, l'image d'un C. J. normal.

Il ne faut donc pas croire que la lésion kystique des ovaires donnera toujours une destruction anatomique et fonctionnelle de la glande ovarienne.

La destruction anatomique est plus ou moins accentuée suivant les observations, mais dans un grand nombre des cas on retrouve quelquefois à la surface de la tuméfaction kystique un reste de la substance ovarique aplatie sur la coupole du kyste.

Souvent même, nous l'avons signalé plus haut, il y a un ou des corps jaunes gestatifs.

Dans ces ovaires en dégénérescence, l'anatomie pathologique nous fait voir qu'on rencontre des follicules en voie d'évolution.

Destruction fonctionnelle. — La destruction fonctionnelle doit être rare. La clinique nous ren-

seigne sur cette conservation de la fonction ovarienne et nous montre que d'autres grossesses sont possibles, après l'opération de tumeurs kystiques volumineuses (obs. de Gilles, Courand, Goullioud, Ballerini, Andrews).

Ces observations sont la preuve de l'intégrité de la fonction de l'organe, même dans le cas d'ovaire mégalokystique.

DE LA RÉGRESSION DES KYSTES LUTÉINIQUES CONSÉCUTIVEMENT AUX MOLES HYDATIFORMES.

Un certain nombre d'observations ont été publiées, dans lesquelles les auteurs relatent l'apparition de tumeurs ovariennes en relation avec l'existence d'une môle hydatiforme, et la disparition de ces tumeurs, dans les semaines qui suivent l'expulsion, spontanée ou provoquée, de la môle vésiculaire. Nous rapportons ci-dessous ces observations et en les étudiant dans leur ensemble, nous essaierons de voir comment il convient de comprendre la régression des kystes de l'ovaire évoluant avec une môle, si nous sommes autorisées à admettre cette régression et jusqu'à quel point.

De toute évidence cette étude de la régression des kystes ovariens, une fois la môle expulsée, ne peut pas reposer sur une base précise et exacte, elle ne peut pas s'appuyer sur la lecture des pièces anatomo-pathologiques, mais elle doit se faire, à de rares exceptions près, uniquement sur des constatations cliniques. C'est une série d'examens successifs, des touchers vaginaux répétés au cours des suites de

couches, et dans les mois suivants, qui font constater d'abord la présence de tumeurs ovariennes, puis leur disparition progressive. D'après la lecture des observations, un certain nombre de faits se dégagent, qu'il est intéressant de mettre en évidence. Tout d'abord c'est le petit nombre de cas dans lesquels une tumeur para-utérine a été diagnostiquée alors que la malade était encore enceinte : le plus souvent, malgré un examen attentif au toucher et au palper combiné, il est impossible de sentir des tumeurs kystiques, qui, dans les jours suivant l'expulsion de la môle sont perçues en général avec une grande facilité. Mais là encore, pendant les suites de couches, il faut un examen local pour s'apercevoir de l'existence de ces tumeurs, car, le plus souvent, elles ne donnent lieu qu'à des signes fonctionnels peu accusés : quelques douleurs assez souvent vagues, mal localisées, parfois à peine accusées, et parfois aussi une persistance anormale des hémorragies, après nettoyage complet de l'utérus. Si l'on vient, alors, à pratiquer le toucher vaginal combiné au palper, on trouve le plus souvent deux tumeurs kystiques, rarement une seule, plus ou moins fluctuantes, quelquefois assez tendues et presque toujours de volume inégal : alors que l'une est comparable à une tête fœtale ou même semble dépasser ce volume, l'autre varie de la noix à l'œuf de poule : ce sont là les termes de comparaison les plus usuelles. Elles sont notées comme étant situées, le plus souvent, sur les côtés de l'utérus, parfois dans le Douglas, assez souvent, quand

elles sont volumineuses, dans la cavité abdominale.

En somme d'après la lecture des observations, l'examen pratiqué au cours des suites de couches fait voir, en général, deux tumeurs para-utérines de volume très inégal, tantôt pelviennes, tantôt abdominales et de consistance variable. On comprend donc que dans ces conditions, le diagnostic de kystes de l'ovaire ne peut pas être, dans tous les cas, porté d'une façon ferme et admis sans discussion, car de nombreuses causes d'erreur peuvent intervenir. Ainsi devant une énorme tumeur qui « occupait tout l'hypogastre gauche » (cas de Fraenkel) la possibilité d'une hydronéphrose peut être envisagée. Cependant il convient de noter que, dans son observation, l'auteur ne rapporte aucun signe qui puisse faire penser à un trouble de la fonction urinaire. De même, l'observation de Goullioud nous semble prêter à la discussion étant donné les accidents généraux observés au cours du *post partum*, les élévations de la température, la phlébite, nous inclinerions à croire que les tuméfactions perçues au niveau des annexes relevaient d'une infection puerpérale avec salpingite et inflammation du tissu cellulaire du ligament large plutôt que de kystes ovariens. Enfin dans bien des observations la distance de la tumeur ovarienne par rapport à l'utérus, sa mobilité, la perception d'un cordon (la trompe) les reliant l'une à l'autre, sont passés sous silence, et cette absence de renseignements précis peut faire hésiter entre deux diagnostiques : hydrosalpinx ou kyste ovarique.

On voit donc que cette étude uniquement basée sur des données cliniques, peut, ainsi que nous l'avons dit au début de ce chapitre, soulever de nombreuses hypothèses, et il convient d'être très circonspect avant d'admettre comme exact le diagnostic de kyste ovarique, d'après la lecture des observations.

Dans cet ordre d'idées nous rejetons les observations n° 1 (Albert) comme incomplète, le n° 2 (Gouillioud) pour les raisons dites précédemment, le n° 6 (1er cas de Fraenkel) comme susceptible d'être interprétée comme une hydronéphrose. Les observations 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, sans être pour la plupart suffisamment détaillées, semblent bien se rattacher à des kystes de l'ovaire ayant secondairement régressé. Enfin les observations nos 8 et 9 (Santi) (1) et (15 Perry) sont particulièrement intéressantes en ce sens qu'elles complètent par une constatation anatomique tardive les faits cliniques précédemment constatés. La malade de Santi présente, au dixième jour après l'expulsion de la môle, une tuméfaction bilatérale des ovaires du volume d'une orange ; deux mois après, une hystérectomie montra les ovaires un peu gros avec des petits kystes. Dans le cas de Perry la double tuméfaction ovarienne avait été bien plus considérable ; une hystérectomie pratiquée sept mois après pour un chorio-épithélium permit de constater des ovai-

1. Nous avons sondé l'observation de Santi en deux parties : l'une consacrée à l'examen clinique (obs. 8) l'autre à l'examen microscopique (obs. 9).

res de volume normal. De même l'opérée de Lockyer-Clogg (n° 16) semble bien avoir fait une première poussée kystique d'un ovaire, peu de temps après l'expulsion d'une môle ; puis la tumeur ovarienne regressa, mais pour un moment seulement, car un chorio-épithélium survint, dont l'ablation fit constater la présence de deux kystes lutéiniques des ovaires. Enfin dans les observations 17 et 18 (Andrews et Essen Mœller) les auteurs intervinrent par laparotomie au moment où les kystes ovariques étaient en plein développement ; ils pratiquèrent des opérations conservatrices, laissant chaque fois une portion d'ovaire, et à la suite, survinrent des grossesses normales ; les deux observations ne prouvent pas que les kystes auraient régressé si on n'était pas intervenu, elles montrent seulement que, dans ces cas, à côté des kystes il restait une partie de tissu ovarien intacte, et capable d'un fonctionnement physiologique normal.

En résumé, de cette étude, nous pouvons conclure qu'il existe un certain nombre de cas où, des tumeurs ovariennes en connexion avec l'évolution d'une môle hydatiforme, cliniquement reconnues à des examens successifs, ont regressé pour finalement disparaître à la suite de l'expulsion de la môle. Parfois ces tumeurs sont perçues avant l'évacuation de l'utérus, le plus souvent elles apparaissent une fois la môle expulsée ; leur regression est plus ou moins rapide et ne semble d'ailleurs pas en relation avec

leur volume, car, dans certains cas, de très grosses tumeurs ont disparu plus vite que des kystes de plus petit volume. En moyenne, leur régression clinique complète s'effectue en deux à trois mois.

OBSERVATIONS

Observation I (Albert, 1902, d'après Runge). — Le cas d'Albert est cité par un grand nombre d'auteurs qui se sont occupés des kystes lutéiniques, Runge, Fraenkel, Patellani, Ballenni, Reniselli. Nous avouons n'avoir pu retrouver son observation. Partant de cet auteur, Fraenkel écrit : « Albert a eu plusieurs kystomes doubles de l'ovaire, du volume d'un poing, qui ont regressé complètement deux mois après l'expulsion de la môle hydatiforme. » Sa citation serait extraite du travail de Runge (1903). Et dans *Runge* nous lisons « Albert (de Dresde) a eu un cas de kyste double, du volume du poing au moment de l'expulsion de la môle, regresser en l'espace de deux mois ». Cet auteur renvoie à Albert, *Demonstrationen, Centralblatt f. Gyn.*, 1902, § 431. Or. dans cet article, Albert se contente de présenter un utérus atteint de syncytiome. *Il ne parle aucunement des ovaires.*

Observation II. — *Revue de Gynécologie*, 1909. — *Tuméfaction kystiques des ovaires dans la môle hydatiforme.* — Par M. Goullioud, p. 17-34, th. de Pourget et *Lyon médical*, 1906, t. CVI, p. 1247. — Tuméfaction kystique des ovaires coïncidant avec une grossesse molaire. Retrait spontané de cette tuméfaction après l'expulsion de la môle. Grossesse normale ultérieure.

Le 6 octobre 1903, il y a donc trois ans, je fus appelé auprès de Mme J. R..., jeune femme de vingt-cinq ans, qui avait eu deux accouchements normaux et rapprochés et, qui enceinte de nouveau présentait des pertes rouges.

Ses dernières règles étaient du 1er juin 1903; elle était donc enceinte de quatre mois; mais depuis huit semaines environ étaient apparues de petites pertes rouges peu abondantes, et des coliques utérines qu'elle calmait par le laudanum.

Mais ce qui a suscité ma visite, c'était l'apparition d'une tumeur dans chaque flanc.

L'examen abdominal révélait de suite : au centre un utérus gravide remontant vers l'ombilic et de chaque côté uné tumeur, les tumeurs symétriques latérales se dirigeant obliquement vers le flanc étaient oblongues et présentaient au moins le volume de têtes fœtales; elles étaient superficielles, un peu mobiles distinctes des angles de l'utérus gravide. Elles avaient tout d'abord donné l'idée d'une hydronéphrose remontant probablement à une époque éloignée, mais qui se serait développée du fait de la grossesse.

Si nous signalons cette simple hypothèse, c'est pour faire ressortir l'aspect clinique des tumeurs signalées, les urines un peu chargées présentaient un léger trouble par la chaleur et l'acide acétique.

Le 27 octobre la malade dont la température est montée la veille à 37°8 et à 39 degrés, le jour même à 40°4 est amenée dans mon service de l'hôpital Saint-Joseph, car on ne sait comment vont se comporter sous l'influence de l'infection, les tuméfactions constatées.

La malade est pâle anémiée avec un pouls rapide à 120 et de petits frissons.

L'utérus est gros remontant à deux doigts de l'ombilic, les deux tumeurs se sont abaissées en même temps que le fond de l'utérus, aucune sensibilité à leur niveau, aucune réaction péritonéale.

Les jours suivants, la température oscille entre 39 degrés et 40 le pouls entre 100 et 120 on fait des injections intra-utérines.

Le 2 novembre, apparition d'une phlébite à la jambe gauche donc le septième jour après l'expulsion de la môle.

Cette phlébite évolue les semaines suivantes comme une phlébite puerpérale grave avec des incidents que nous ne voulons que rapidement signaler. C'est le 20 novembre l'expulsion de caillots, avec une forte élévation de température qui remonte rapidement de 38 à 40°8.

Cependant on ne remarque aucune sensibilité péri-utérine, les tumeurs abdominales, trompes ou ovaires ont rétrocédé; on les sent encore par le palper abdominal, mais bien diminuées de volume.

Au même moment on note de la submatité à la base droite avec obscurité de la respiration, et un léger souffle probablement en rapport avec un foyer pulmonaire d'origine embolique ; le foie est gros.

Le 28 novembre, une autre poussée fébrile à 40 degrés avec un pouls très rapide à 140 et une localisation sur les reins gauches ; les urines retirées par un cathétérisme aseptique sont très foncées et présentent un gros disque d'albumine. Le rein gauche est douloureux et augmente de volume.

Le foie est toujours gros dépassant les fausses côtes de deux travers de doigt.

Examen vaginal noté le 24 novembre l'utérus qui a subi

son involution, ne paraît pas sensiblement plus gros qu'il ne doit être, sa situation est normale; le col reste un peu entr'-ouvert. Les pertes utérines ont à peu près cessé.

Du côté des annexes droites on constate une tuméfaction lisse, allongée, située derrière la branche horizontale du pubis, légèrement mobile moins grosse qu'un œuf.

Du côté gauche, contre la paroi antérieure de l'abdomen, on sent l'ovaire plus gros que celui du côté droit, plus arrondi, du volume d'une mandarine, résistant, non douloureux.

Le 8 décembre, la malade quitte l'hôpital la phlébite est à peu près guérie et les signes de complications infectieuses, pleurale, hépatique et reinale ont disparu, mais l'état général laisse encore beaucoup à désirer, la malade est pâle et sans appétit.

L'utérus a repris son volume normal et les ovaires sont à peine plus gros que normalement; ils sont très antérieurs.

Le 22 avril 1904, Mme J. R..., bien guérie, bien réglée vient me voir. Le toucher combiné montre dans un état normal l'utérus et ses annexes. Un autre examen fait le 21 décembre 1904 confirme le précédent.

Le 12 octobre 1905, c'est-à-dire deux ans après l'expulsion de la môle hydatiforme, je suis appelé de grand matin auprès de Mme J. R...

Elle était enceinte de quatre mois quand elle a présenté le 5 octobre des hémorragies utérines qui font craindre un avortement.

L'utérus est normalement développé sans aucune tuméfaction du côté des annexes. Nous tentons d'enrayer la fausse couche menaçante.

Le 17 octobre, Mme J. R..., expulse un fœtus de quatre

mois, puis la délivrance, nous devons à l'obligeance de M. Madinier de savoir que ce fœtus était normal, sans aucune malformation, et que le délivre examiné avec soin ne présentait rien d'anormal et spécialement aucune transformation hydatiforme. La fausse couche fut complète et rapide et ses suites furent très simples.

Le 14 mai 1906, donc deux ans et demi après l'expulsion de la môle nous voyons Mme J. R..., son état général est parfait.

Elle a augmenté de 7 kilogrammes depuis huit mois.

L'utérus est en bonne situation normale ; les ovaires non augmentés de volume ne sont pas perçus ; les règles sont normales.

Dans la thèse de Paget, page 52, nous lisons le complément de cette observation intéressante.

« Revue en septembre 1910 par M. Gailliard nous devons à son obligeance de savoir que cette malade est restée guérie. »

Observation III (Krœmer, cas publié en 1907, mais observé en 1900). *Régression.* Traduction Hoch-Lelièvre. — Dans son deuxième article, *Kleviche Beobachtungen uber Aetiologie und Therapie des Chorion épithélioms,* p. 1294. Krœmer écrit textuellement : « Deux fois seulement, on put constater par l'observation que des kystes ovariens qui avaient au moment de l'extraction de la môle le volume d'un œuf ou d'un poing, ont dans l'espace d'un mois régressé ou repris le volume de l'ovaire normal. »

Nous avons cherché dans ses articles (p. 1246-1294, p. 1338) des renseignements plus précis sur ces deux faits de régression kystique et nous n'avons pû trouver que les

quelques renseignements suivants sur l'un et l'autre de ces cas. Nous les transcrivons :

« Cas 5 : 1900. Femme de vingt-cinq ans. Môle expulsée et extraite. Abrazio. Guérison. Tumeur ovarienne double du volume d'un œuf de poule à celui d'une orange et qui régressa en un mois. »

Observation IV (Andrew, 1909, quatrième observation de son travail, p. 199) Traduction Lelièvre. — La malade, une jeune femme de trente-deux ans, fut présentée à Andrew en avril 1908. Au cours d'une précédente grossesse elle avait eu des hémorragies pendant un mois, des douleurs abdominales violentes et de l'ictère. Elle a déjà eu un enfant mort-né et une fausse couche, et se croit enceinte de trois mois environ : son utérus a le volume d'un utérus gravide de sept mois.

Le Dr Hirton reconnaît l'existence d'une petite tumeur dans le Douglas.

Andrew porte le diagnostic de môle vésiculaire et évacue. Anesthésie. L'ovaire gauche est du volume d'un œuf d'oie environ. La malade étant très affaiblie par des pertes sanguines, l'ablation de la tumeur kystique est remise à plus tard. Je demandai au médecin d'examiner la femme de temps en temps.

Le 22 janvier, il m'écrivait : « J'ai examiné à plusieurs reprises la tumeur, elle devient de plus en plus petite et maintenant elle est disparue ou ne peut être sentie, la malade est enceinte. »

Je l'examinai moi-même le 5 février 1909 ; elle était enceinte de quatre mois et demi mais je ne trouvais aucune tuméfaction de l'ovaire gauche. La malade me dit qu'elle avait remar

qué à plusieurs reprises un léger gonflement (tumeur) du côté gauche de l'abdomen dans les premières semaines qui suivirent l'extirpation de la môle.

Il est impossible de tenir pour certain que cette petite tumeur était une dégénérescence kystique lutéinique mais c'est très probable.

Observation V (Courant, 1910, t. II, p. 188, *Monatscha f. Gebu Gyn.*) Traduction Hoch. — Courant a observé aussi un cas de régression des tumeurs ovariennes associées à la môle hydatiforme. A la Gygonœkol-Gesellschaf (Breslau), au cours de la discussion au sujet d'une communication de Fraenkel, il résuma ainsi le cas qu'il avait observé. « Femme de vingt-cinq ans, chlorotique : antérieurement un accouchement normal. Après l'extraction d'une grosse môle, pendant que se faisait l'involution utérine les deux tumeurs ovariennes apparurent nettement. Elles avaient le volume, à gauche d'une tête d'enfant, à droite d'un gros œuf. Quatre semaines plus tard leur volume avait nettement diminué et dix semaines après l'expulsion de la môle il n'y avait plus trace de tumeurs.

Aussitôt après commença une nouvelle grossesse que je pus suivre jusqu'au sixième mois. L'accouchement fut normal : les troubles éprouvés par la malade tenaient à la chlorose et s'amélioraient par le traitement ferrugineux.

En résumé : régression excessivement rapide étant donné la taille des tumeurs.

Observation VI (L. Fraenkel, 1910, p. 180-185, *Monatsch*). — *Régression.* Traduction Hoch-Lelièvre. — Femme de vingt-cinq ans, bien portante antérieurement : un accou-

chement normal deux ans avant. Curettage il y a un an et demi pour hémorragies.

Enceinte de deux mois en décembre 1909 : cessation de ses règles depuis huit semaines : antérieurement était très bien règlée. Pertes sanguinolentes.

Trois semaines après je vis la malade avec son médecin, pour des vomissements : je trouvai l'utérus augmenté de volume *normalement* ; les annexes étaient normales. Quatre jours après, je fus mandé par mon collègue, l'état de la malade s'étant aggravé : forte fièvre, utérus de dimensions exagérées. Je trouvai le fond de l'utérus au niveau de l'ombilic, le lendemain, il atteignait le rebord costal. Température 39 degrés : mauvais facies, dyspnée, pouls petit, rapide et filant. La malade fut transportée à ma clinique et pendant une anesthésie qui se prolongea une heure et quart, on dilata — avec des dilatateurs — le col, à grand'peine et on pratiqua l'extraction de la môle par curage digital. Cette môle présentait l'aspect décrit par Marchand et par moi-même, des excroissances chorio-épithéliales dans les espaces intervilleux. Pendant ce curage digital prolongé, par suite du volume de la môle, de son adhérence, je profitai de la circonstance pour examiner minutieusement les annexes.

A droite de l'utérus, je sentis une tumeur du volume d'un œuf d'oie, tumeur très tendue, ovalaire, mobile, et se dirigeant en arrière et en haut. Cette tumeur était nettement rattachée au bord droit de l'utérus, à l'angle d'insertion tubaire par un ligament du volume d'un crayon. Cette tumeur ne pouvait donc être qu'un kyste ovarien.

A gauche, je croyais percevoir une tumeur plus volumineuse, mais l'utérus, qui du fait de son évacuation se retrou-

vait de plus en plus et s'inclinait vers la gauche, m'empêchait de sentir nettement les rapports de cette tumeur avec l'utérus.

La môle extraite, la température baisse immédiatement ; le pouls s'améliore, l'involution utérine se fait rapidement, suppression des pertes hémorragiques : la malade donnait l'impression d'une accouchée normale.

Au fur et à mesure que l'utérus descendit dans le petit bassin la tumeur gauche descendit également : cette tumeur remplissait *l'hypogastre gauche* (terme allemand) jusqu'à la paroi abdominale ; elle atteignait largement le volume d'une tête d'enfant, sa circonstance était celle d'une poche très tendue, aussi bien limitée en haut qu'en bas, indolore au toucher et peu mobile.

Cette tumeur ne pouvait être qu'un kyste de l'ovaire. La possibilité d'un exsudat, d'un hématome, d'une annexite est éliminée par la sensation tactile et le tableau clinique.

Après dix jours d'amélioration, la malade éprouva de vives douleurs, principalement à gauche : le facies devint mauvais, mauvais le pouls, tout cela pendant une heure environ. Le lendemain et le surlendemain, la malade se plaignait de semblables *coliques*, mais plus faibles.

Quatorze jours après l'évacuation de la môle, elle éprouva subitement une période de dyspnée intense pendant une heure : après cette cure elle eut quelques crachats sanguinolents : la température jusque-là normale monta, une seule fois à 38 degrés : un petit foyer d'infiltration (pulmonaire ?) fut constaté. Après cette attaque, le pouls resta rapide, le facies moins bon qu'après les premiers dix jours qui suivirent l'extraction de la môle. Tous ces faits don-

nèrent une impression alarmante : on pouvait se demander s'il n'y avait pas lieu d'intervenir. Les tumeurs ovariennes pouvaient, par torsion de leur pédicule, par formation d'adhérences, provoquer des réactions péritonéales ; de plus, il y avait aussi la possibilité du développement dans l'utérus d'un chorio-épithéliome qui aurait donné lieu à des métastares pulmonaires.

En défaveur de l'opération, qui ne pouvait être que l'ablation de l'utérus et de deux tumeurs, plaida la circonstance que la malade relevait d'une maladie grave et avait subi une anesthésie fort prolongée et surtout son désir d'avoir des enfants.

Kustner, appelé vu la difficulté et la responsabilité du cas, le médecin de la famille et moi, nous décidâmes que le mieux était d'attendre. Si l'infarctus pulmonaire était causé par un chorio-épithéliome, l'opération venait trop tard et d'autre part nous savons que les tumeurs ovariennes associées à la môle ne sont pas si malignes qu'on ne puisse attendre quelque temps avant de les extirper. La suite donna raison à notre conduite d'expectative : la malade, à partir de ce moment, n'éprouva plus les moindres troubles ; elle se leva au bout de huit jours et quatre jours après elle quittait la clinique en bonne santé. Lors de son départ, les deux tumeurs étaient encore perceptibles, mais moins nettement et certainement plus petites. J'ai revu deux fois la malade, en bon état, quatre et douze semaines après son départ.

La première fois, les tumeurs n'étaient plus perceptibles, mais la patiente poussait si énergiquement à chaque toucher des annexes que je ne pouvais pas affirmer que les ovaires fussent de taille normale. Au deuxième examen, peu de temps

avant le départ de la malade pour un voyage, les deux ovaires, en forme d'amandes, de volume normal, glissaient entre les doigts et ne se distinguaient en rien d'ovaires normaux.

Observation VII (L. Fraenkel, deuxième cas, 1910, p. 183). Traduction Hoch-Lelièvre. — Dans son travail de 1911, Fraenkel rapporte avec l'observation prudente, un autre cas de régression, des tumeurs ovariennes. Son observation est imprimée en petits caractères au bas de la page 183.

Nous la transcrivons : Femme de vingt-cinq ans, mariée depuis un an. A déja eu un avortement au cinquième mois. Fin des dernières règles le 1er février : depuis cette date hémorragies fréquentes et accroissements trop rapides de l'utérus Le 10 juin expulsion partielle d'une môle ; le reste est extrait pendant la narcose, les ovaires furent reconnus normaux. Huit jours plus tard, après une période post-puerpérale normale on constata des deux côtés des tumeurs ovariennes, a parois minces très tendues, mobiles, du volume d'un gros œuf. Pas de douleurs. Trois semaines plus tard les tumeurs avaient disparu.

Observation VIII (Santi, Emilio, 1910) Traduction de Mlle Campbell et Lelièvre. — Le 21 mai on admet à l'Institut d'accouchement et de gynécologie de Parme, une femme âgée de trente-cinq ans, mariée depuis dix ans, qui avait déjà eu trois gestations normales, dont la dernière il y a cinq ans. La malade a toujours souffert d'anémie.

Dernières règles le 28 février. Le 5 mars, elle perdit du sang pendant toute une journée. Ce fait se répéta plus tard à plusieurs reprises, mais jamais la perte de sang ne fut

importante. Quoique faible, l'hémorragie est continue depuis une dizaine de jours. Ni douleurs abdominales, ni autres symptômes.

Depuis une vingtaine de jour, augmentation rapide et exagérée du volume de l'abdomen.

L'examen de la femme montre : pâleur des muqueuses : rien de notable du côté des organes thoraciques. Foie, rate normaux. Dans le quart inférieur de l'abdomen, on remarque une masse sortant du bassin et atteignant l'ombilic : cette masse présente tous les signes d'un utérus gravide au sixième mois. Pas de bruits du cœur fœtal.

A l'examen vaginal, on trouve : ramollissement du col sur presque toute sa longueur, mais il est complètement conservé ; évasé vers le bas, perméable au doigt jusqu'à son orifice interne qui est fermé : *aucune masse soit derrière l'utérus, soit sur ses côtés.* Légère hémorragie de la cavité utérine.

L'examen du sang donne :

Globules rouges.	1.300.000
— blancs.	9.500
Hémoglobine.	25

Ni albumine, ni sucre dans les urines et pas d'éléments d'origine rénale à l'examen microscopique. La recherche des parasites intestinaux dans les fèces donne également un résultat négatif. On porte le diagnostic de môle vésiculaire probable et on met la femme en observation (24 mai).

Elle perd du sang goutte à goutte : deux jours après, expulsion de fragments de tissus, dans lesquels on remarque de petites vésicules. Le diagnostic étant ainsi confirmé, on décide l'évacuation immédiate de l'utérus.

Anesthésie au chloroforme ; avec dilatateur de Bors dila-

tation du col à 4 centimètres. Par expression on évacue une partie importante de la môle ; on obtient le reste avec une pince et une grande curette mousse. Après avoir acquis la certitude que la cavité ne contenait plus de gros morceaux de tissu, on la tamponna avec de la gaze — la paroi étant très mince — et on fit une injection d'ergotine. Un examen consciencieux des annexes pendant l'anesthésie n'avait décelé aucune anomalie. Au bout de vingt-quatre heures, on enleva le tamponnement : comme il avait mauvaise odeur, on donna une injection intra-utérine ; puis, après s'être assuré que l'utérus se rétractait bien, on entreprit un curettage soigneux de la cavité. Puis, à nouveau, tamponnement utéro-vaginal, qui fut retiré au bout de douze heures.

A l'examen de la masse extraite, on remarqua qu'on avait enlevé ; en même temps que les vésicules, de gros morceaux de caduque et que tout le placenta n'était pas atteint par la dégénérescence vésiculaire, si bien qu'une partie était conservée et semblait microscopiquement normale. Au milieu de la masse on trouva l'amnios et le chorion contenant un fœtus bien conservé répondant au deuxième mois de la gestation.

Microscopiquement, les vésicules avaient la structure habituelle avec une réelle prolifération de la couche de Langhans.

Les suites de couches furent normales jusqu'au cinquième jour. L'injection journalière d'ergotine détermina un arrêt rapide de l'hémorragie. La température vespérale ne dépassa jamais 37°3. Le *sixième jour*, on perçoit, à la palpation, une résistance des deux côtés de l'utérus. Le lendemain la malade fut examinée : l'utérus présente encore les signes

de puerpéralité, son col est perméable au doigt et on constate que l'*ovaire gauche est plus gros qu'une noix*, indolore, et très mobile *L'ovaire droit est également augmenté de volume*, mais moins mobile et d'un examen moins facile. Nouvel examen quatre jours plus tard : les masses ovariennes ont encore augmenté de volume et atteignent *la taille d'une orange.*

A partir du onzième jour, elles ont tendance à diminuer ; dix-sept jours plus tard, elles sont revenues aux dimensions d'une noix. La malade sort le vingt-neuvième jour : les annexes sont normales mais l'utérus est toujours un peu plus dur que normalement. Pendant l'hospitalisation de la malade, ses pertes sanglantes ont cessé complètement : le seul traitement maintenu pendant vingt jours fut : repos, ergotine, ferrugineux (à cause de l'anémie très prononcée et qui était un peu améliorée à la sortie de la malade).

Avant sa sortie, la malade fut priée de revenir à la moindre métrorragie. En effet, au bout de quinze jours elle se remit à perdre goutte à goutte et entra à l'hôpital le 10 juillet. Elle n'avait pas de douleurs, n'était incommodée en aucune façon. L'examen montra : pas de nodules ou autres transformations vaginales ; col normal ; corps augmenté de volume comme au premier mois de la gestation, mou, régulier de forme, à surface lisse. Annexes légèrement enflées : pas de nodules péritonéaux palpables. Du côté des autres organes : légère augmentation de la rate : urines normales. Légère amélioration du sang.

Curettage par raison de diagnostic.

Microscopiquement, on a déjà l'impression qu'il existe des vésicules dans les fragments.

Microscopiquement on constate que ces fragments se composent de petites bulles présentant tous les signes de vésicules molaires. Nombreux groupes de cellules de Langhans avec la dégénérescence vésiculaire centrale habituelle, tandis qu'à la phériphérie on reconnaît de petites masses syncytiales. Dans d'autres fragments provenant d'endroits où la curette avait pénétré plus profondément, on trouve de grosses masses certainement syncytiales, vu les caractères de leurs noyaux de cytoplasma. Celles-ci se trouvaient amoncelées en telle quantité parmi les éléments de la muqueuse que la pénétration de ces masses hors de la cavité utérine ne laissait aucun doute. Comme d'autre part, on pouvait exclure tout soupçon d'existence d'un chorio-épithéliome qui se serait développé un mois et demi après la môle vésiculaire, on décida d'intervenir et d'enlever l'utérus et les annexes ; ce qui fut fait, par laparotomie le 16 juillet 1910. L'opération fut rapide et sans incidents.

Pendant son séjour à la clinique, la malade fut soumise à un traitement approprié à son anémie profonde, sans grand résultat. Elle quitta l'hôpital en bon état général.

L'intervention donna l'occasion d'examiner soigneusement annexes et péritoine. On ne trouva rien qui put justifier l'idée d'une maladie inflammatoire antérieure : ni adhérences, ni épaississement péritonéal, ni autre chose. Ovaires légèrement augmentés de volume avec plusieurs petites saillies dues à plusieurs petits kystes dépassant à peine la surface ovarienne. Les franges du pavillon étaient normales, la consistance et la torsion des trompes régulières, coloration rose pâle ; le paramètre était normal également : pas de vaisseaux dilatés plus gros que normalement : en un mot,

rien qui put nous permettre de penser à une lésion inflammatoire datant d'un mois, et qui, dans ce cas, aurait dû laisser une trace.

L'examen des pièces montra l'existence d'une ulcération cratériforme, de 2 centimètres à la face antérieure de l'utérus, ainsi que de nodules lisses, non ulcérés de la grosseur d'un grain de mil dans l'angle de la trompe droite. Microscopiquement on découvrit l'existence d'un tissu chorio-épithéliomateux semblable aux fragments enlevés à la curette. La cavité utérine, pour le reste, était complètement lisse et régulière.

A la coupe, les deux ovaires se montrent fortement œdématiés à tel point que quelques gouttes de liquide apparaissent sur la surface de section.

La face interne de ces petites cavités est blanchâtre et brillante. Dans plusieurs des plus grandes cavités, on distingue de petites surélévations endocavitaires de ce même tissu jaune qui entoure la cavité. Dans plusieurs autres, au contraire, la cavité est presque remplie par un tissu semblable ; et la paroi n'est pas jaune ocre, mais rouge, jaunâtre, comme s'il y avait eu de petites hémorragies dans ce tissu.

Par places, on remarquait des amas de ce tissu ocre, dans lesquels il n'y avait plus trace de cavité ou une cavité à peine perceptible. La coloration jaune présentait des gradations dans les diverses parties : tantôt plus intense, tantôt moins, soit tirant vers le rouge, mais toujours bien distincte du tissu blanc de l'ovaire. Sur chaque surface de section on voyait bien quatre à cinq de ces zones ayant au plus 1/2 centimètre.

L'examen microscopique de cet ovaire montra à Santi des

faits intéressants, mais nous jugeons préférable de le reporter dans la partie du travail où nous traiterons, d'après les auteurs, de l'origine des formations kystiques de l'ovaire macrokystique.

Observation IX (Santi, 1910). Traduction de Mlle Campbell et Lelièvre. — *Examen microscopique. — Ovaire après régression, enlevé par panhystérectomie un mois et demi après évacuation mole.* — Santi se propose le but de rechercher tout d'abord ce qui apppartient à la partie kystique et ce qui appartient à la partie compacte.

Trois éléments sont à examiner en discutant la partie kystique :

a) Kystes lutéiniques ;

b) Les follicules de de Graff. ;

c) Les follicules atrétiques.

1° Presque toutes les cavités visibles à l'œil nu se rapportent aux kystes lutéiniques. On a déjà dit qu'ils étaient de taille différente. Les plus grands étaient un peu plus volumineux qu'un pois, les autres graduellement plus petits jusqu'à la taille microscopique. Les caractères anatomiques varient avec les dimensions. Les parois des plus grosses cavités possédaient les caractères les plus nets des kystes et kystomes lutéiniques.

La cavité était tapissée par une couche de cellules lutéiniques qui se trouvaient en contact avec le contenu de la cavité. Les caractères de ces cellules — en dehors de ceux qui sont bien connus et particuliers à de telles formations — étaient ceux de cellules arrivées à leur plus haut degré de développement et déjà en voie d'involution : c'étaient de

grandes cellules avec noyau à affinités tinctoriales internes, bien conservé et situé vers la périphérie. Le cytoplasma d'un certain nombre de ces cellules était de structure nettement granuleuse, mais la plupart des cellules présentaient des vacuoles, à tel point qu'elles avaient une apparence spongieuse, grâce à leur cytoplasma réduit à un tissu mince. Dans d'autres cellules la vacuolisation était si avancée que la cellule était transformée en une masse sphérique dans laquelle on ne distinguait que le noyau, le cytoplasma réduit s'étant condensé à la périphérie en une couche mince Parfois on ne distinguait plus que la membrane cellulaire.

Les cellules soit rondes, soit polyédriques, étaient reliées par un ciment si réduit, que leurs contours se touchaient parfois. Dans d'autres cas, on voyait des groupes de cellules reliées par des filaments prenant l'aspect de petits amas de tissu conjonctif soutenant les groupes cellulaires.

Cette couche de lutéine n'était pas très épaisse en général : fréquemment, elle ne se composait que de 6, 7 ou 8 rangs de cellules.

Dans les cavités plus petites, on trouvait des variantes de la structure des grandes cavités. On remarquait tout d'abord que la surface externe de la paroi kystique était représentée par une même *couche de substance amorphe* qui, très mince au début, s'était épaissie peu à peu et qu'elle pouvait atteindre l'épaisseur de la couche décrite plus haut. Cet épaississement de la paroi réduisait la cavité qui devenait aussi petite ou même plus qu'un minuscule grain de mil.

Pendant que s'accomplissait cet épaississement de la couche interne, on y voyait apparaître des noyaux d'abord

arrondis, puis ovalaires, allongés, de sorte que, dans les cas plus avancés, cette couche primitivement homogène pouvait être considérée comme une véritable conjonctive composée de faisceaux formant des mailles lâches et larges. En même temps que ces transformations s'effectuaient à l'intérieur de la cavité, on en observait d'autres dans la couche lutéinique. Celle-ci prenait, de plus en plus, les caractères signalés ci-dessus. Plus les faisceaux de tissu conjonctif devenaient distincts et denses entre les groupes cellulaires, plus ces mêmes groupes cellulaires paraissaient dispersés : ce fait, associé à la dégénérescence progressive des cellules lutéiniques avait pour résultat que la couche lutéinique prenait les caractères indiqués plus haut.

On voyait de vrais faisceaux qui partaient du tissu conjonctif ovarien de la face externe de la couche à lutéine, pénétraient dans celle-ci et atteignaient enfin le T. conjonctif, produit dans la cavité. Par suite de ces conditions, la couche à l'utéine prenait, à sa partie phériphérique, un aspect onduleux, qui est un caractère des *corpora lutea* dans ses stades de formation les plus avancés. Cette transformation allait si loin que le tout devenait une masse compacte de T. C. dans les mailles duquel persistaient encore quelques cellules à lutéine à la partie périphérique : au centre, par coutre, on trouvait un T. C. lâche, mince, avec de nombreux espaces clairs, comme s'il s'agissait de tissu œdématié. Ce tissu répondait exactement à celui qui s'était formé dans la cavité kystique primaire. La transformation fibreuse ne s'accomplissait pas toujours d'une façon aussi prononcée et aussi générale.

La *transformation fibreuse de la couche à lutéine* s'accom-

pagnait d'une *dégénérescence hyaline frappant le tissu conjonctif de la paroi kystique.* Cette dégénérescence hyaline atteignait d'abord des faisceaux conjonctifs isolés, en zones petites, puis plus grandes. La disparition des cellules à lutéine devenait de plus en plus frappante. Le tissu conjonctif périphérique était, en général, le plus touché par la dégénérescence hyaline, si bien que parfois la couche de lutéine et ses restes étaient séparés du tissu conjonctif ovarien par une couche hyaline d'aspect particulier et régulièrement festonnée. Ce tissu hyalin pénétrait vers l'intérieur et allait jusqu'à remplacer complètement le tissu conjonctif, transformant ainsi la masse conjonctive ci-dessus décrite en une masse hyaline présentant encore une petite cavité à son intérieur.

On voit qu'il n'y a pas de différences considérables entre les processus qui se déroulaient dans les parois de ces kystes et ceux qu'on constate dans les *corpora lutea* normaux, mais toutefois plusieurs groupes de cellules à lutéine résistaient plus longtemps aux différentes phases du processus d'involution. La succession de ces phases, même leur chevauchement était des plus irréguliers, de sorte que, en certains endroits on apercevait des groupes cellulaires à lutéine très bien conservés, disposés en files ou en îlots, tandis que, à côté d'eux, on n'en reconnaissait plus que des traces transformées reconnaissables aux caractères du tissu de transformation.

II. — En ce qui concerne les follicules de de Graaf, aucun d'eux n'était à maturité. Sur les coupes des deux ovaires on n'a trouvé que deux follicules, non à maturité ; tous les deux présentaient des signes de dégénérescence plus ou

moins prononcée. L'un était encore bourré de cellules de la granulosa : il renfermait en son centre, un ovule : je n'oserais affirmer que cet ovule ne présentât pas de signes de dégénérescence, car la pièce fut fixée dans l'alcool.

Dans l'autre follicule, la cavité folliculaire était en voie de formation et l'œuf était visiblement en dégénérescence.

Trois follicules offraient de profondes transformations et étaient en voie de devenir atrétiques. Dans les trois existait une hémorragie de la paroi. C'était cette hémorragie qui avait produit ces petites cavités à contours rouges, visibles macroscopiquement. Le sang avait franchi la paroi du follicule, s'était répandu dans la cavité et mélangé au liquide folliculaire. Dans l'un de ces follicules l'hémorragie avait été si forte qu'on ne pouvait plus reconnaître distinctement la structure et les caractères des éléments constituants de la paroi folliculaire. On rencontrait seulement çà et là des fragments de la granulosa soit en connexion avec les couches sous-jacentes, soit libres dans le sang du follicule. Les deux autres follicules hémorragiques étaient mieux conservés et il était possible de reconnaître que leurs parois étaient composées d'éléments qui avaient perdu les caractères des cellules conjonctives de la *theca interna* et qui ressemblaient beaucoup aux cellules lutéiniques, à ces cellules que j'ai appelées, dans un autre travail, cellules prélutéiniques. Evidemment, ces formations n'avaient pas toujours le même aspect : dans les unes les transformations étaient très accentuées au point que les cellules avaient pris l'aspect de cellules lutéiniques ; dans les autres, ces transformations s'esquissaient à peine.

III. — Le fait le plus marquant, c'est la richesse du tissu

ovarien en tissu conjonctif remplaçant l'élément glandulaire. Il s'agissait d'ovaires fortement sclérosés, pourrait-on dire. Dans le T. C. de l'un des avaires, se trouvait un *corpus luteum* bien conservé qui n'avait pas atteint la taille d'un corps jaune d'une gestation touchant à son terme, mais très caractéristique au point de vue de sa texture et de la structure de ses éléments. En plus, on voyait encore d'autres *corpora lutea* (2 ou 3) sous forme de taches jaunes, déjà visibles macroscopiquement : au microscope, ils présentaient tous les caractères des *corpora lutea* menstruels. De plus, on apercevait les cellules lutéiniques dont nous avons parlé plus haut, ordonnées en travées ou en ilots.

Je renonce à donner une description plus détaillée des *corpora allicantia :* j'y fait déjà allusion.

L'élément vasculaire est très riche, plus que normalement, surtout au hile de l'ovaire. Mais on ne remarquait aucun signe de dégénérescence des parois vasculaires.

On remarque de plus que toute apparence d'imbibition séreuse ou d'œdème manquait là où l'élément vasculaire était aussi riche. Ceci est remarquable, car cela contribue à nous faire croire que les phénomènes qui se passent dans les ovaires molaires ne sont pas en rapport avec la circulation, mais qu'ils sont bien des manifestations de l'activité de la cellule lutéinique.

Quand au revêtement épithélial de surface de l'ovaire, il avait tous les caractères d'un épithélium ovarique normal, là où il était conservé malgré les manipulations nécessitées par l'intervention chirurgicale, car dans les petites excavations de la surface je n'ai vu nulle part de tendance à

pénétrer dans le T. conjonctif sous-jacent, ni de phénomènes de multiplication dans aucune de ses cellules.

Enfin, je ne veux *pas laisser inaperçu qu'il ne nous a été possible* a aucun *endroit de déceler un signe quelconque d'inflammation récente.*

Observation X (Thèse Pouget, Toulouse, juillet 1911). — *Grossesse molaire, tuméfaction kystique des ovaires. — Régression spontanée.*

L. Th..., vingt-deux ans et demi. II-pare.

Première grossesse remontant au 7 juillet 1909 accouchement normal.

Grossesse actuelle. D. R. du 29 décembre 1910 au 1er janvier 1911, normales. Signes sympathiques, peu accusés.

Beaucoup de nausées pas de vomissements, survenues à partir du 10 ou 15 janvier, se montrant surtout vers les 4 à 6 heures de l'après-midi quelquefois vers les 9 heures du matin.

Pas de constipation, pas de varices, pas d'œdèmes, pas de signes d'albuminurie.

Mais difficulté pour respirer survenant quelquefois dans la journée au moment d'un effort, se montrant surtout le soir au moment de se coucher et forçant la malade à s'asseoir sur son lit.

Cette dyspnée dont elle n'avait jamais eu à se plaindre auparavant est survenue parallèlement nous dit la malade avec les nausées, vers le 10 ou 15 janvier ptyalisme surtout marqué dans les jours qui précèdent l'avortement.

Du côté des seins, picotements très marqués. La malade

remarque en même temps que son ventre grossit très vite en disproportion avec l'âge de sa grossesse.

Le 8 avril, donc à la fin du troisième mois survient une hémorragie de 3 heures à 8 heures du soir moins abondante pendant la nuit. Cette hémorragie a eu lieu sans douleur aucune à tel point que la malade a pu faire assez bonne figure à table.

Le lendemain matin expulsion de deux petits caillots de sang au moment du lever. Dans la journée suintement très peu abondant. Vers les 6 heures du soir douleurs dans les reins et le bas-ventre. Vers les 9 heures violentes coliques utérines et réapparition d'une hémorragie assez abondante.

La sage-femme appelée fait mettre la malade sur un vase rempli d'eau très chaude et l'avortement môlaire se produit vers les onze heures.

Expulsion d'un paquet large comme une paume de main de vésicules pédiculées de la grosseur d'un grain de raisin. L'hémorragie s'est arrêtée avec l'expulsion de la môle.

Le 25 avril la malade est adressée à M. le Dr Gilles. L'examen purement abdominal ne révèle rien de particulier ni du côté utérin ni du côté annexiel. Dans la nuit surviennent de violentes douleurs qui paralysent, nous dit la malade tout le membre inférieur droit. Il n'y a pas d'hémorragie.

Le 2 mai ces mêmes douleurs se reproduisent avec mêmes caractères. La sage-femme appelée applique des tampons à la glycérine.

Le jeudi matin 4 mai la malade en se détamponnant, constate que ces tampons sont imbibés de sang et cette hémorragie jointe aux douleurs qui persistent l'amène chez M. Gilles

Par le palper combiné M. Gilles constate nettement la présence de deux tumeurs situées dans les fosses iliaques indépendantes de l'utérus, l'une plus volumineuse à droite, atteignant presque les dimensions d'une tête fœtale, l'autre moins volumineuse à gauche (grosseur de citron), mais plus ferme et plus bosselée. Sur les conseils de M. Gilles et pour voir comment vont se comporter les tumeurs constatées, la malade entre à la Maternité le lendemain 5 mai.

Exploration de la cavité utérine, le 9 mai, sous chloroforme. Il n'y a pas rétention de débris, soit de caduque, soit de môle. La dilatation par les bougies de Hégar provoque une déchirure du tissu utérin à droite dans la région juxta-cervicale : zone probable de l'insertion placentaire.

La malade n'étant pas prévenue, on n'ose lui faire subir sur le champ une hystérectomie qu'aurait pu légitimer cette complication opératoire.

Les suites d'ailleurs à part une légère élévation thermique le soir de l'opération (38°5) furent des plus heureuses. Température normale, pas de modification du pouls.

Le 18 mai au matin avant son départ de la Maternité la malade est revue par M. Gilles et nous. Elle n'accuse aucun trouble d'aucune sorte. L'utérus est en antéflexion normale, les culs-de-sac ne sont pas douloureux. A gauche la tumeur se trouve déjà difficilement à droite elle est encore nettement perceptible quand la main abdominale l'abîme l'abaisse au contact du doigt vaginal. Ainsi saisie on constate qu'elle présente les dimensions d'un œuf de poule environ. Elle est mobile, indépendante de l'utérus, tendue, non fluctuante lisse et nullement douloureuse.

Examen du 25 mai 1911. — A droite ovaire moins volumi-

neux, moins tendu, donnant l'impression d'une masse pâteuse, mollasse qui se serait vidée.

A gauche l'ovaire, encore de la grosseur d'une amande doublée de la coque, est perçu sous la forme d'une masse dure roulant sur le doigt.

La malade n'accuse aucun phénomène pénible. Pas de phénomène d'insuffisance ovarienne.

Examen du 2 juin 1911. — Léger écoulement rosé dans la journée du 30 mai, survenu sans fatigue et sans phénomènes subjectif d'aucune sorte.

A l'examen il n'y a plus traces de tumeur du côté gauche. Du côté droit on trouve encore une masse facilement mobilisable moins pâteuse comme consistance et diminuée de volume.

L'exploration ne réveille aucune douleur.

Le 15 juin 1911. Ovaire gauche tout à fait normal.

A droite, l'ovaire n'a plus que le volume d'une amande.

Observation XI (Gilles, observation publiée *in* thèse Pouget (Toulouse, juillet 1911) (p. 39-40). — *Avortement molaire provoqué. — Tuméfaction ovarienne ayant régressé spontanément. — Grossesse consécutive normale.*

Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, ayant accouché une première fois dans d'excellentes conditions et que M. le Dr Gilles fut appelé à examiner à l'occasion de sa seconde grossesse.

Celle-ci survenue en juin 1908 (D. R., 4-8 juin) avait été dès le mois d'août troublée par de petites pertes sanguinolentes, en même temps que par des accidents d'ordres toxi-

que, albuminurique (vomissements répétés, dyspnée nocturne, œdèmes généralisés).

Cet appareil symptomatique ainsi que les données fournies par l'examen local ayant permis de porter le diagnostic de la grossesse môlaire.

M. Gilles procède le 24 septembre à l'avortement provoqué à l'aide du ballon de Champetier. Expulsion d'une môle à petits grains du poids de 1 kilog dont l'extraction fut complétée par le curage digital.

Suites opératoires simples, à part une légère infection lochiale qui cède à la suite de quelques injections utérines.

Le 25 novembre, M. Gilles est rappelé auprès de la malade qui se plaint de douleurs lombo-abdominales très vives. En même temps, il existe un suintement rouge, insignifiant, mais qui est survenu un mois après l'avortement, paraissant donc imiter le retour de couches et n'ayant pas cessé depuis cette époque.

M. Gilles pratiqua alors un nouvel examen et constate que le ventre, très sensible à la pression, est occupé dans la région hypogastrique par une tumeur volumineuse, arrivant près de l'ombilic et qui paraît être l'utérus.

Etant donné l'histoire de la malade, l'hypothèse de déciduome se présentait naturellement à l'esprit. Le professeur Cestan consulté exprime aussi le même sentiment. Toutefois le diagnostic ne pouvait être posé d'une façon formelle qu'après un toucher intra-utérin.

Cette exploration, faite sous anesthésie et après dilatation du col aux bougies de Hégar, permet de constater que la tumeur reconnue au palper et au toucher combinés était mobile, tout à fait indépendante de l'utérus, tandis que ce der-

nier, de dimensions à peu près normales présentait une cavité et des parois nettement indemnes de toute masse suspecte.

Il s'agissait donc d'un cas de formation polykystique de l'ovaire.

La laparotomie proposée fut refusée par la malade. D'ailleurs, douleurs et pertes de sang disparurent immédiatement après la simple exploration utérine : et on assista, dans les quelques temps qui suivirent à la régression progressive de la tumeur.

L'alerte passée, la malade n'a plus souffert de son ventre ; d'autre part, la menstruation s'est rétablie d'une façon régulière, jusqu'à la venue d'une nouvelle grossesse qui s'est terminée à terme par un accouchement spontané au mois de mai 1909.

Mme Ressalier, ancienne sage-femme en chef de la clinique d'accouchement qui a donné ses soins à la patiente, et qui avait assisté précédemment à l'évolution de la tumeur ovarique, nous a déclaré qu'elle n'en avait pas retrouvé la moindre trace aux différents examens pratiqués par elle, soit au cours de cette nouvelle grossesse, soit dans les suites de couches.

Observation XII (Stephen Rushmore, p. 416). Traduciion de Mlle Campbell. — A.-W. Carney, Hospital Gynecologie 677, âgée de vingt-trois ans, admise le 7 juillet 1910 ; elle se plaint de pertes. Menstruation toujours normale. Mariée depuis deux ans. Un enfant âgé de un an et quatre mois. Accouchement normal.

Maladie actuelle : six semaines avant son entrée, la malade alors dans la sixième semaine de la gestation commença à perdre; l'écoulement presque constant depuis, exces-

sif certains jours. Dix jours avant son admission à l'hôpital, la malade a été examinée (à la consultation externe). Dans ces dix jours le fond de l'utérus s'est élevé de 1 pouce et demi au-dessous de l'ombilic à un pouce et demi au-dessus.

Depuis 5 à 6 jours quelques douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen.

8 juillet. — La malade expulse spontanément une môle hydatiforme.

9 juillet. — Ethérisation, l'utérus est entièrement examiné et vidé de caillots et de petits fragments de môle. Un petit nodule situé dans la membrane muqueuse vaginale du côté gauche est enlevé, ce nodule était composé de caillots et de vésicules du môle. Pas de tumeur dans le pelvis, près de l'utérus hypertrophié.

11 juillet. — La malade se plaint de douleurs à la partie inférieure de l'abdomen et l'examen décèle une masse dans la fosse iliaque droite. Cette masse était ovalaire de 3 pouces de longueur, de 2 pouces de diamètre, mobile, de consistance ferme et non sensible. Selon toute apparence elle siège dans la cavité péritonéale.

L'examen microscopique de la métastase vaginale révéla une croissance très active à la fois des cellules de Laughans et du syncytrum.

La malade fut revue deux fois la semaine, puis une fois jusqu'à la fin de huit semaines.

La tumeur a graduellement diminué de taille et a disparu du côté droit du pelvis où rien ne peut être senti qu'un ovaire très augmenté de volume.

Treize mois plus tard, après qu'elle eut accouché d'un enfant à terme, la malade fut examinée à nouveau mais on ne trouva pas trace de tumeur.

Observation XIII (Giorgio Ballerini, p. 373. avril 1912). Traduction Lelièvre et Mlle Orsat. — Mme Corineau, âgée de vingt-six ans, de Brescella, entre à l'Institut obstétrical de Parme, le 17 mars 1911 pour métrorragies dans les premiers mois de la gestation.

Antérieurement trois grossesses normales, suite de couches physiologiques. Ses fœtus naquirent vivants et ne furent jamais allaités par leur mère.

Depuis le dernier accouchement qui remonte à un an environ elle fut toujours régulièrement réglée; les dernières règles sont du 9 décembre 1910.

On ne relève dans les premiers temps de la gestation que des phénomènes sympathiques, remarquables seulement par les vomissements plus abondants que d'habitude, mais il n'y eut pas d'autres troubles.

Il y a six jours environ elle rapporte avoir eu des pertes de sang, petites mais persistantes sans aucun autre trouble digne d'être noté, pas de douleurs abdominales, rien du côté de l'appareil urinaire et digestif, pas de lipothymie, pas d'élimination avec les métrorragies de lambeaux de tissus.

Seulement elle rapporte aussi avoir eu l'impression d'un volume exagéré du ventre par rapport à l'époque de la gestation et d'une augmentation du ventre dans les derniers temps plus rapide que d'habitude.

A l'examen général il n'y a pas de signe objectif digne de remarque. A la palpation abdominale on trouve que l'utérus grandi, arrondi et mollasse dépasse quelquefois la ligne transversale ombilicale.

Il est relativement peu mobile surtout vers la gauche. On ne perçoit pas les battements fœtaux. Pertes sanguines générales réduites : sang noir, fluide.

Col utérin... petit, dévié en haut derrière le pubis et comme caché vers la droite, dans un repli vaginal ; l'orifice externe à peine perceptible.

A droite, le Douglas est occupé et rempli en bas par une masse nettement kystique, qui l'occupe entièrement et dont la surface est en partie lisse, çà et là irrégulière, cette masse qui se porte en haut en arrière à droite du corps utérin nettement distinct, se retrouve, en se déprimant vers la paroi abdominale de la périphérie vers la gauche, mais ses limites sont mal définies.

On fait le diagnostic probable de môle vésiculaire avec dégénérescence kystique des ovaires.

Dans les jours suivants d'hospitalisation pendant lesquels on tient la malade en observation, les pertes de sang sont petites mais ne cessent pas : avec le sang, pas de lambeaux, de tissus éliminés : les traces d'albumine dans l'urine qui existaient lors de l'entrée à la clinique sont disparues. L'utérus croît de volume, mais non dans de grandes proportions ; seulement le fond de l'utérus s'élève graduellement par l'augmentation de volume et de tension de la tumeur kystique située derrière l'utérus.

Avec l'augmentation de volume il paraît qu'il ne s'agit pas d'une masse uniforme mais de deux tumeurs, toutes deux derrière l'utérus, la gauche étant la plus volumineuse est plus perceptible dans l'abdomen.

Convaincu de l'exactitude du diagnostic, les pertes de sang persistant, parfois un peu plus abondante, on intervient en posant un tamponnement glycériné cervico-vaginal. Le lendemain on enlève le tamponnement et l'hémorragie continuant on dilate rapidement le col utérin avec le dilateur

de Bossi jusqu'à 4 centimètres environ sans aucune difficulté et rapidement on vide l'utérus enlevant environ 500 gr. de tissu ovulaire dont la plus grande partie était en dégénérescence molaire. Etant donnée l'abondance de l'hémorragie, on tamponne l'utérus. Dans les jours suivants on complète l'évacuation utérine en enlevant de rares tissus placentaires en dégénérescence molaire et d'abondants lambeaux de muqueuse épaissie.

L'utérus vidé, les tuméfactions sont nettement distinctes : la gauche est la plus volumineuse et est située plus en haut, grosse comme une tête de fœtus à huit mois ; la droite plus petite tombe dans l'excavation, abaissant le Douglas. Après cinq jours environ l'utérus encore gros comme au cinquième mois de la gestation: involue lentement, les tumeurs ovariques persistent avec les mêmes caractères : celles de gauche après neuf jours environ paraît diminuée de volume, la droite par contre est augmentée de dimensions et plus tendue. Au bout de seize jours l'utérus est bien involué et les deux tumeurs ovariques sont mieux définies et apparaissent peu diminuées de volume.

Plus d'hémorragie génitale. La malade n'accuse aucun trouble, aussi ne juge-t-on opportun que la seule observation de la malade qui sortit au dix-huitième jour, après avoir été priée de se représenter à l'institut ; elle fut examinée périodiquement à un mois d'intervalle et on put constater l'involution graduelle mais relativement lente des tumétactions kystiques.

Le dernier examen fait à cette période d'observation remonte au 10 juin 1911. Au cours de cet examen on constate que l'utérus est de volume normal et que les annexes

des deux côtes nettement palpables sont presque complètement réduites au volume normal.

De l'opération au dernier examen la malade est restée aménorrhéique. En décembre la malade se représente à l'institut, elle ne sait pas préciser l'époque de l'apparition des règles il lui semble que c'était en juillet, puis elle fut régulièrement réglée : les dernières règles datent du 5 octobre 1911. A l'examen objectif, on trouve des signes certains de grossesse au deuxième mois.

L'ultime examen a lieu le 31 janvier 1912, la grossesse se poursuit régulièrement et on ne relève pas de fait digne de mention.

Observation XIV (1)(Anderodias, 1914). — Dans un cas de môle hydatiforme Anderodias, après l'expulsion de la môle, put constater que les ovaires étaient très volumineux, formant deux grosses masses du volume d'une orange qu'on sentait très facilement par la seule palpation. Pendant les trois ou quatre premiers mois qui suivirent l'expulsion de la môle les ovaires ne changèrent guère de volume, puis à partir de ce moment ils diminuèrent d'une façon progressive, de telle sorte que la régression était complète au bout d'un an.

Observation XV Perry (2) 1914. — A observé une môle coïncidant avec des tumeurs ovariques volumineuses, cliniquement constatées : quelque temps après l'expulsion de la

1. Anderodias, Société d'obst. et de gyn. Bordeaux, janvier 1914, *Annales de gynécologie*, janvier 1916, p. 28.

2. Perry, Société d'obst. et de gyn. Bordeaux, 1914 ou *Annales de gyn.*, 1916, p. 38.

mole la malade présenta des signes de chorio-épithéliome malin et fut opérée sept mois après environ ; on ne trouva plus trace de tissu ovarien. Cette malade est restée guérie.

Observation XVI (Lockyer, 1909, traduction par Mlle Campbell et A. Lelièvre). — Malade entrée à Kingston Infirmary en octobre 1905, sur diagnostic de toxemie après avortement. Cette femme avait perdu beaucoup de sang et perdait encore lors de son entrée.

L'utérus était volumineux : on percevait une tumeur du volume d'un œuf de poule que le Dr Armstrong localisait dans le voisinage du ligament large. La malade déclarait qu'elle était enceinte de trois mois et demi ou quatre mois lors de l'avortement. L'utérus fut curetté deux fois en raison des hémorragies et de pertes fétides, mais on ne pratiqua pas l'examen microscopique des débris du curettage.

En février 1906, la tuméfaction ovarienne avait disparu et la malade quitta l'hôpital.

Elle revint en février 1907 : le Dr Clogg qui l'examina fit le diagnostic de gros fibrome de l'utérus avec kyste bilatéral des ovaires. Il l'opéra et trouva deux grosses masses kystiques lutéiniques ovariennes et un chorio-épithéliome utérin.

Mort deux mois après l'opération : métastase péritonéale.

Observation XVII (Andrews, 1909, première observation de son travail). Traduction Lelièvre. — *Ovariotomie unilatérale.* — La malade, âgée de vingt ans, entre à l'hôpital le 27 novembre 1907. Elle se plaint de douleurs dans la fosse iliaque gauche avec vomissements et pertes de sang. Après examen on porte le diagnostic de môle hydatiforme. L'utérus

est vidé sous anesthésie. A ce moment, on constate l'existence d'un petit kyste de l'ovaire droit.

La malade revient de nouveau à l'hôpital le 6 février 1908 se plaignant de douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs devenues très vives depuis deux jours. On trouve à l'examen une petite tumeur en avant et à droite de l'utérus. L'ovaire gauche est augmenté de volume.

Laparotomie et ablation d'une tumeur de l'ovaire droit, de la grosseur d'une poire de William, très congestionnée par suite de la torsion de son pédicule.

La tumeur contient huit kystes lutéiniques dont chacun atteint le volume d'un fort grain de raisin. Le stroma est très congestionné et cette congestion rend impossible de reconnaître s'il y a prolifération lutéinique dans ce stroma.

Le liquide kystique donne les bandes spectroscopiques du pigment luteinique (Dr Flach et Dr Max Well). Les kystes, du volume d'une bille, sont disposés à la périphérie de la tumeur ; ils sont bordés par une membrane pigmentée qui se présente dans certains d'entre eux sous l'aspect d'une couche colorée en jaune brunâtre. A l'examen microscopique présence de cellules luteiniques.

L'ovaire gauche, doublé de volume environ, contient plusieurs petits kystes, lesquels étaient apparemment de simples kystes distendus. Il ne fut pas enlevé.

La patiente est, en février 1909, au neuvième mois d'une grossesse normale.

Observation XVIII Essen-Mœller (1912). Traduction Hoch. *Enucléation de la partie kystique.* — Son cas 12 est plein d'intérêt.

Femme de vingt-trois ans. Expulsion d'une môle au quatrième mois. Lors de l'involution on constate à gauche une tumeur ovarienne élastique, de volume du poing, tumeur rattachée par ligament (Tr. à l'utérus).

La malade devait être opérée quinze jours après, mais au cours de l'examen pratiqué avant l'opération, on reconnut l'existence à droite d'une tumeur kystique de la taille de deux poings très volumineux.

Laparotomie : quinze jours après expulsion de la môle : à droite on découvrit une grosse tumeur ovarienne bleu noir dont le pédicule était tordu. L'ovaire gauche présente une grosse tumeur que l'on put décortiquer de façon qu'un peu de tissu ovarien sain restât adhérent au kyste.

L'utérus fut laissé en place. Suites opératoires normales. Un an après cette femme accoucha normalement d'une fille à terme et quand l'auteur publia son étude sur la môle, la femme, bien portante, était enceinte de deux mois.

La bibliographie sera publiée prochainement dans un travail du Professeur Couvelaire et Lelièvre consacré à l'étude de l'hypergenèse lutéinique ovarienne associée aux lésions de l'œuf.

CONCLUSIONS

Au cours de l'évolution des môles hydatiformes dans l'utérus on peut voir se développer des formations kystiques au niveau des ovaires.

Ces formations kystiques ne sont pas des tumeurs analogues auxtumeurs dénommées kystes de l'ovaire.

Elles consistent macroscopiquement en une agglomération de nombreuses cavités remplies de liquide dont le volume est variable, mais reste en général assez petit.

La paroi de ces cavités est constituée par l'hypergenese des cellules theco-lutéiniques.

Des îlots de ces cellules peuvent infiltrer le parenchyme ovarien en dehors de la paroi des cavités kystiques.

Ces formations kystiques sont susceptibles de regression spontanée après l'expulsion de la môle.

L'ablation des ovaires en pareil cas avant l'expulsion de la môle est injustifiée, sauf s'il y a des accidents déterminés par les tumeurs (torsion par exemple).

Après l'expulsion de la môle il faut observer si

la régression se fait spontanément, au quel cas il est inutile d'intervenir chirurgicalement.

Si les tumeurs ovariennes persistaient ou augmentaient de volume, il faudrait envisager la possibilité du développement dans la cavité utérine d'un chorio-épithéliome.

Vu : le Président de la thèse :
COUVELAIRE

Vu : Le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le vice-recteur de l'Académie de Paris
P. APPELL

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4727-20